

Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec

Rapport final - Décembre 2008

Marie-Josée Fleury, Ph. D.^{1,2}
Jean-Marie Bamvita, M.D., Ph. D.²
Jacques Tremblay, M. D.^{1,2}
Alain Lesage, M.D., FRCPC, M. Phil., DFAPA^{3,4}
Lambert Farand, M.D., Ph. D.⁵
Denise Aubé, M.D., M. Sc., FRCPC^{6,7}
Louise Fournier, Ph. D.^{6,8,9}
Léo-Roch Poirier, M. Sc.⁶
Marie-Thérèse Lussier, M.D., M. Sc., CCFP, FCFP¹⁰
Paul Lamarche, Ph. D.⁵
Youcef Ouadahi, MBA¹¹
Armelle Imboua, M.D., M. Sc.^{2,5}



¹Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec) Canada

²Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (Institut universitaire en santé mentale)

³Département de psychiatrie, Université de Montréal

⁴Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

⁵Département d'administration de la santé, Université de Montréal

⁶Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

⁷Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

⁸Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

⁹Centre de recherche du Centre universitaire de l'Université de Montréal (CHUM)

¹⁰Département de médecine familiale, Université de Montréal

¹¹Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie

Chercheuse principale :

Marie-Josée Fleury, Ph. D.

Professeure adjointe, Université McGill

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

6875, boulevard LaSalle, Montréal (Québec) H4H 1R3

Téléphone : 514-761-6131, poste 4344; Télécopieur : 514-762-3049

Courriel : flemar@douglas.mcgill.ca; marie-josee.fleury@douglas.mcgill.ca

Partenaires et organismes de financement :

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)

Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux (AQESSS)

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)

Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) de Chaudière-Appalaches, Montérégie, Montréal, Outaouais et Québec

Instituts universitaires en santé mentale : Douglas et Robert-Giffard

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC – administration du projet, succédant à la FCRSS)

Remerciements :

Nous aimerions remercier tous les commanditaires de ce projet, cités au paragraphe précédent. Particulièrement, nous voudrions insister sur la contribution précieuse de la FMOQ dans le traitement des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La réalisation de ce projet a été possible grâce à la participation d'un nombre important de médecins omnipraticiens du Québec, qui ont bien voulu répondre bénévolement à notre questionnaire. Nous les remercions sincèrement pour le temps dévolu à ce projet. Enfin, cette recherche résulte de la contribution collective d'un ensemble de partenaires. Veuillez tous trouver l'expression de notre profonde gratitude :

Dr Benoît Gaumer (Université de Montréal); Dr Michel Bureau, Dr André Delorme, Mme Lysette Trahan, Dr Jean-Guy Émond, Mmes Anne Gauthier, Céline Guay, Sylvie Rheault, Louise Saint-Laurent et Madeleine Breton (MSSS); Dr Reynald Dutil, Dr Jean Rodrigue, Dr Jacques Ricard et Mmes Isabelle Paré et Sylvie Gosselin (FMOQ); Dr Pierre-Paul Yale (AMPQ); Dr Yves Lamontagne (Collège des médecins du Québec); Mmes Monick Coupal et Sylvie Fortin (AQESSS); Dr Pierre Bergeron (INSPQ); Dr Pierre Carrier (ASSS Chaudière-Appalaches); Dr Denis A. Roy, Dr Laurent Marcoux, MM. Michel Gontier, Jacques Fortin et Hung Nguyen (ASSS Montérégie); Mmes Michèle Vigeoz et Rita Cavalière et M. Mike Benigeri (ASSS Montréal); Mmes Lucie Giguère et Marie-Hélène Gérome (ASSS Outaouais); M. Daniel La Roche et Mme Carole Hince (ASSS Québec); Dr Jean-Bernard Trudeau et Dr Mimi Israël (Douglas); M. Serge Routhier et Mme Pierrette Colbert (Robert-Giffard). Un grand merci à tous.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMPQ :	Association des médecins psychiatres du Québec
AQESSS :	Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux
ASSS :	Agences de la santé et des services sociaux
CLSC :	Centres locaux de services communautaires
CHPSY :	Centres hospitaliers de soins psychiatriques
CHSGS :	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centres d'hébergement de soins de longue durée
CSSS :	Centres de santé et des services sociaux
CR :	Cliniques-réseau
CMFC :	Collège des médecins de famille du Canada
ET :	Écart-type
FMC :	Formation médicale continue
FMOQ :	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF:	Groupes de médecine de famille
INPQ :	Institut national de la santé publique du Québec
MO :	Médecins omnipraticiens
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM :	Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005-2010)
PTSM :	Patients avec des troubles de santé mentale
RAMQ :	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
RLS :	Réseaux locaux de service (n = 95)
RIS :	Réseaux intégrés de services
RUIS :	Réseaux universitaires intégrés de santé (n = 4)
TSM :	Troubles de santé mentale
TGP.SM :	Troubles graves et persistants de santé mentale
TTM.SM :	Troubles transitoires et modérés de santé mentale

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Remerciements	ii
Liste des abréviations	iii
Liste des tableaux	vi
Principales implications pour les décideurs	viii
Résumé	ix
1 Introduction	1
2 Méthodes	3
2.1 Modèle d'étude et population cible	3
2.2 Collecte des données	3
2.3 Analyses	4
3 Résultats	6
3.1 Échantillon - Représentativité	6
3.2 Description des participants et de leurs patients	7
3.2.1 Caractéristiques des patients et profils de pratique des MO	7
3.2.2 Collaboration interorganisationnelle (références et contacts)	8
3.2.3 Opinion des MO sur la qualité du système de santé mentale	8
3.2.4 Commentaires	8
3.3 Prise en charge	9
3.3.1 Prise en charge des troubles transitoires et modérés de santé mentale	9
3.3.2 Commentaires	10

3.3.3	Prise en charge des troubles graves et persistants de santé mentale	10
3.3.4	Commentaires	11
3.4	Collaboration interorganisationnelle	11
3.4.1	Références des patients souffrant de TSM	11
3.4.2	Contacts avec d'autres professionnels en santé mentale	12
3.4.3	Commentaires	13
3.5	Comparaison des cas reçus ou pris en charge par les MO en fonction du lieu de pratique majoritaire des MO	14
3.5.1	Commentaires	15
	Discussion	16
5	Limites de l'étude	22
6	Conclusions et recommandations	23
7	Références	27
8	Tableaux	34
9	Annexes	54
9.1	Activités de transfert de connaissances liées à la recherche	54
9.2	Lette de soutien du projet et Questionnaire	57

LISTE DES TABLEAUX

	<i>Page</i>
Tableau 1. Résumé des domaines et items explorés	34
Tableau 2. Comparaison de notre échantillon de médecins omnipraticiens MO avec l'ensemble des MO du Québec, et des MO du Québec avec ceux du Canada	37
Tableau 3. Quelques caractéristiques importantes de la clientèle et de la pratique clinique des MO	38
Tableau 4. Distribution des MO selon les proportions, dans leur clientèle, de patients avec troubles de santé mentale (PTSM), reçus en consultation en comparaison avec ceux pris en charge	40
Tableau 5. Stratégies de collaboration privilégiées par les MO	43
Tableau 6. Stratégies de collaboration non privilégiées par les MO	44
Tableau 7. Rapport des MO sur la formation médicale continue (FMC) et leur appréciation du système de santé, des outils cliniques et des stratégies de suivi conjoint	45
Tableau 8. Destinations de transfert des patients souffrant de troubles de santé mentale (TSM), motifs de références, intérêt des MO pour la santé mentale et principales raisons de la prise en charge des patients souffrant de TSM (PTSM)	46
Tableau 9. Satisfaction des MO concernant leurs relations interorganisationnelles et importance qu'ils attribuent à celles-ci	47
Tableau 10. Variables indépendamment associées à la prise en charge, par les MO, des patients avec troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM)	48
Tableau 11. Variables indépendamment associées à la prise en charge par les MO, des patients avec troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM)	49
Tableau 12. Variables indépendamment associées à la fréquence des références des patients présentant des troubles de santé mentale, par les MO	50

Tableau 13. Variables indépendamment associées à la fréquence des contacts entre les MO et les autres professionnels de santé mentale	51
Tableau 14. Profils cliniques et covariables indépendamment associés à la prise en charge des patients souffrant de troubles de santé mentale transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM) en fonction des lieux majoritaires de pratique	52
Tableau 15. Variables indépendamment associées à la prise en charge des patients souffrant de troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM) en fonction de lieux majoritaires de pratiques	53

PRINCIPALES IMPLICATIONS POUR LES DÉCIDEURS

Les transformations actuelles en santé mentale visent une consolidation des soins primaires, une meilleure intégration du dispositif de soins et un rétablissement dans la communauté des clientèles aux prises avec des troubles de santé mentale (TSM). Afin de mieux soutenir la prise de décisions, cette recherche propose de mieux comprendre le rôle des médecins omnipraticiens (MO) dans le secteur de la santé mentale au Québec par une connaissance éclairée des réalités locales et des écarts à combler pour consolider leur rôle en lien avec les objectifs poursuivis par le *Plan d'action en santé mentale* (PASM, MSSS, 2005b).

MESSAGES CLÉS : 1) Vingt à vingt-cinq pour cent des consultations des MO sont associées à des TSM. Les MO estiment prendre en charge (assurent le suivi des soins de) 71 % des patients avec des troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM) qui les consultent, comparativement à 34 % des patients avec des troubles graves et persistants (TGP.SM). Les MO évaluent que les patients avec des TSM les consultent en moyenne 7,45 fois par année pour diverses raisons (comparé à 12 fois/année, mais peu importe le médecin – données de la RAMQ), et se perçoivent aptes à offrir un bon accès aux services dans un contexte de crise.

2) Les MO ont majoritairement une pratique en silo. Ils rapportent peu de mécanismes cliniques et de collaboration pour soutenir leur pratique en santé mentale. Les MO perçoivent aussi le système de santé mentale comme étant de piètre qualité.

3a) Différents schémas de prise en charge et de collaboration sont relevés dans la mesure où les MO interviennent auprès des patients avec des TTM.SM ou des TGP.SM. Les variables associées à la prise en charge des patients avec des TTM.SM sont l'intérêt des MO envers ces patients, la diversité de leurs lieux de pratique et leur habileté en santé mentale. Étonnamment, plus les MO accordent de l'importance aux services psychiatriques et les perçoivent de bonne qualité, moins ils rapportent prendre en charge ces patients. La pénurie de MO explique sans doute ce résultat. Les principaux collaborateurs des MO pour les patients ayant des TTM.SM sont les psychologues en cabinet privé et les services psychosociaux des CSSS. Les psychiatres représentent leur troisième partenaire. Ils sont surtout utilisés pour le diagnostic, la suggestion pharmacologique et le traitement spécialisé des cas plus complexes.

3b) Pour les patients ayant des TGP.SM, les stratégies de collaboration interorganisationnelle représentent la variable la plus fortement associée à leur prise en charge, avec une pente positive; alors que le manque d'expertise des MO est associé à leur transfert en psychiatrie. Pour cette clientèle, les services psychiatriques représentent le premier partenaire des MO.

4) La reconnaissance d'une gamme de services accessibles et diversifiés se traduit par une augmentation des contacts entre les MO et les ressources de santé mentale.

Conclusion : Il importe d'intensifier l'intégration des MO aux services de santé mentale tant sur les plans de l'intégration horizontale (entre les soins primaires) que verticale (entre les lignes de services); de promouvoir la formation des MO en santé mentale; et de stimuler leur intérêt en ce domaine. Des stratégies multimodales inspirées des ouvrages existants sur les soins chroniques et l'intégration des services devraient être fortement déployées afin de soutenir les MO auprès de ces clientèles, et assurer une coordination efficace des soins.

RÉSUMÉ

CONTEXTE : Dans le cadre des réformes visant à consolider les soins primaires, à optimiser la coordination du dispositif de soins et à mieux intégrer les personnes souffrant de troubles de santé mentale (TSM) dans leur communauté (MSSS, 2005a, 2005b), les médecins omnipraticiens (MO) sont appelés à jouer un rôle central dans la prise en charge des TSM, tant des personnes aux prises avec des troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM; p. ex., dépression, anxiété) que de celles aux prises avec des troubles graves et persistants de santé mentale stabilisés (TGP.SM; p. ex., schizophrénie, troubles bipolaires).

OBJECTIFS : Afin de soutenir la prise de décisions dans le cadre du déploiement du projet de loi 83 et du *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005a, 2005b), cette étude consiste à mieux cerner le rôle des MO en santé mentale et leur intégration dans le cadre de l'implantation des réseaux locaux de services (RLS). Elle poursuit plus spécifiquement quatre objectifs : **1)** décrire les pratiques cliniques et de collaboration des MO, la nature et l'importance relative des TSM qu'ils traitent, ainsi qu'analyser leur perception de la qualité du système de santé mentale et des mécanismes jugés utiles à son amélioration; **2)** analyser les variables associées à la prise en charge des patients souffrant de TSM (TTM comparé à TGP – c'est-à-dire, les MO assurent la continuité des soins); **3)** analyser les variables associées à leur propension à collaborer avec le réseau de santé mentale, et ce en examinant les indicateurs que sont les références et les contacts en santé mentale; et enfin **4)** étudier l'influence du lieu de pratique sur leur propension à prendre en charge les TSM (TTM comparé à TGP), en tenant compte de variables confondantes importantes.

MÉTHODES : La population à l'étude consiste en un échantillon de MO pratiquant au Québec et représentatifs, d'une part, des RLS en zones urbaines et semi-urbaines ou rurales et, d'autre part, des différents lieux de pratique (CLSC, pratique de groupe ou solo en cabinets privés ou cliniques médicales, CHSGS, CHPSY, CHSLD, GMF, Cliniques-réseau). La base de données utilisée provient de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Les règles d'éthique ont été respectées.

L'étude est basée sur une enquête postale et une analyse des données de la RAMQ pour les années 2002 et 2006. Les résultats de cette dernière analyse, présentés dans un autre document (Ouahahi, Lesage et Fleury, 2009a), permettent une comparaison (et une validation) des résultats de l'enquête. Pour l'enquête, un questionnaire de 143 items basé sur la documentation scientifique a été validé par une équipe multidisciplinaire de vingt experts comprenant des chercheurs, des psychiatres et des MO. La collecte des données a eu lieu de septembre 2005 à février 2007; elle inclut trois relances et une participation active de partenaires décideurs. Des analyses descriptives et inférentielles découlant des objectifs de recherche ont été réalisées.

RÉSULTATS – 1. Échantillon : L'échantillon final comprend 398 participants représentatifs des MO cliniquement actifs au Québec, selon les dimensions observées.

2. Pratique clinique et de collaboration des MO : Les patients présentant des TSM représentent entre 20 et 25 % (ET 19) de la clientèle des MO. La majorité de ces patients (60 %) souffrent de TTM.SM, plus particulièrement d'anxiété ou de dépression. Les MO interrogés prennent en charge 71 % des patients avec TTM.SM qui les consultent, comparativement à 34 % pour les patients souffrant de TGP.SM. Le suivi touche la santé

mentale, la santé physique, ou les deux à la fois. La quasi-totalité des MO qui reçoivent des patients avec TTM.SM les prennent aussi en charge alors qu'il existe une polarisation de leur prise en charge pour les cas de TGP.SM. En effet, environ un quart des MO prennent en charge plus de 75% des patients avec TGP.SM qui les consultent, alors qu'un autre quart pas du tout; le reste des MO se répartissent entre ces deux pôles. Les MO qui se « spécialisent » auprès des patients souffrant de TGP.SM auraient un profil distinct : ils travaillent plus d'heures par semaine, sont davantage payés à l'acte, et ont suivi plus de séances de formation continue en santé mentale. Également, ils voient plus de patients par semaine, rapportent un délai plus important pour recevoir un avis psychiatrique, et travaillent davantage en régions semi urbaines et rurales.

Les MO suivent leurs patients avec des TSM en moyenne 7 fois par année (ET : 4,84; comparé à 12 fois selon les données de la RAMQ, mais peu importe le médecin); la majorité d'entre eux sont capables de les recevoir rapidement en situation de crise. En moyenne, 23 patients ayant des TSM les visitent dans une semaine. Parmi eux, on retrouve 20 patients avec des TTM.SM dont trois (17 %) seront référés, et trois patients avec des TGP.SM dont deux (71%) seront référés ($P < 0.01$). La majorité des MO ont évalué le système de santé mentale comme étant de piètre qualité, mais appuient fortement son amélioration et un meilleur soutien à leurs activités cliniques.

3. Variables associées à la prise en charge des patients avec des TTM.SM ou avec des TGP.SM : Pour les patients avec des TTM.SM, un modèle comportant 12 variables, et expliquant 57 % de la variance a été généré. La prise en charge des TTM.SM est particulièrement associée à l'intérêt des MO envers ces patients, à la diversité de leurs lieux de pratique et à leur habileté en santé mentale. Par contre, plus les MO accordent une grande importance aux services psychiatriques et les considèrent de bonne qualité, plus cela nuirait à la prise en charge dans un contexte de pénurie des MO et de croissance de la demande de soins. Pour les patients avec des TGP.SM, un modèle comprenant six variables et expliquant 43 % de la variance a été construit. Pour ces patients, les stratégies de collaboration interorganisationnelle (c'est-à-dire, fréquence d'une intervention conjointe avec d'autres ressources et de l'implication dans le suivi posthospitalier) ont été déterminées comme étant les plus fortement associées à la prise en charge. Par contre, le manque d'expertise est fortement associé au transfert en psychiatrie de ces patients. D'une façon globale, les variables associés à la prise en charge des patients aux prises avec un TSM sont les suivantes : l'importance que représente ce type de patient dans la clientèle du médecin, le fait de participer à des activités de formation continue en santé mentale et le fait d'assurer le suivi de la médication et d'effectuer de la thérapie de soutien. Plus les MO se sentent ainsi confiants de bien traiter leurs patients avec des TSM et qu'ils sont interpellés par cette clientèle, plus ils les prennent en charge. Le développement de soins intégrés accroît la prise en charge en présence d'autres conditions telles que l'intérêt et l'habileté des MO à traiter ces clientèles, mais aussi le sentiment d'être capable de répondre à l'ensemble des besoins de la population dans un contexte de pénurie des ressources. Si cette dernière condition n'est pas remplie, les MO, particulièrement ceux ayant développé de bonnes relations avec le réseau psychiatrique et qui le considèrent comme étant de bonne qualité, auraient plutôt tendance à y référer davantage les patients.

4. Deux tendances en matière de collaboration : Pour les TTM.SM, les principaux collaborateurs identifiés par les MO sont les psychologues en cabinet privé et le personnel des

services psychosociaux des CSSS, le psychiatre étant le troisième partenaire en importance. Pour les TGP.SM, les principaux collaborateurs identifiés sont le personnel des services psychiatriques, y compris l'urgence. Deux schémas de prise en charge ont ainsi été déterminés en fonction du profil TTM.SM ou TGP.SM des patients. Le premier correspond surtout à une intégration de type horizontal, plus axée sur une meilleure coordination des services médicaux et psychosociaux de première ligne, mais incluant aussi une fluidité des corridors d'accès entre les MO et les psychiatres pour un certain nombre de cas requérant une expertise plus spécialisée. Pour les patients souffrant de TGP.SM, une intégration de type vertical semble plutôt être favorisée. Cette intégration requiert une meilleure coordination entre les soins primaires et les services spécialisés. Ces résultats concordent avec les ouvrages qui soutiennent que le traitement des TTM.SM (dépression, anxiété, etc.), tout comme d'autres maladies chroniques telles que l'hypertension et le diabète, n'exigent pas pour une majorité de patients de recourir à une expertise spécialisée. Cette situation semble appropriée du fait que les antidépresseurs ou les thérapies, seuls ou combinés, sont établis comme des traitements efficaces de première ligne (CANMAT, 2001). Quant aux patients souffrant de TGP.SM, ils exigent plus souvent qu'autrement un suivi biopsychosocial de longue durée qui implique des actions coordonnées d'un ensemble d'intervenants de plusieurs organisations.

Les variables associées à la propension des MO à référer ou à développer des contacts (p. ex., conversations téléphoniques, suivi conjoint) avec les organismes en santé mentale semblent aussi répondre à des schémas différents. Selon nos analyses, les références seraient plus fortement associées aux profils des MO (p. ex., intérêt, savoir), et les contacts établis seraient davantage associés au degré de déploiement de l'intégration des soins (p. ex., accès adéquat à une gamme de services, bonne qualité des relations avec les équipes psychiatriques, délai d'attente adéquat pour obtenir un avis psychiatrique). La variable associée de plus près à la propension des MO à référer est, pour les TTM.SM, l'importance accordée au fait de travailler avec les psychiatres, suivi de l'importance accordée aux services psychosociaux des CLSC. Ces résultats renforcent nos constats précédents soulignant l'importance de la complémentarité des services de première ligne pour le suivi de la majorité de la clientèle, de même que la pertinence de déployer des corridors d'accès facile pour recourir aux services spécialisés pour les cas plus complexes. Globalement, peu de contacts sont établis entre les MO et le système de santé mentale; s'ils existent, ils se font plus souvent qu'autrement sur une base sporadique. De manière particulière, les organismes communautaires et les centres de crise sont peu connus ou utilisés par les MO. Par ailleurs, alors que pour les TTM.SM tous les lieux de pratique sont associés à leur prise en charge, à l'exception des cliniques sans rendez-vous, aucun lieu spécifique ne ressort pour les cas de TGP.SM.

CONCLUSION : Tel qu'il est démontré dans les études existantes, cette recherche met en relief le rôle pivot des MO en santé mentale (surtout pour les patients souffrant de TTM.SM), leur fonctionnement en silo, et leur évaluation sévère de la qualité des services. Les MO ont néanmoins témoigné leur soutien aux réformes du dispositif de soins visant à améliorer la prise en charge des patients. Il s'avère ainsi important d'intensifier l'intégration des services entre les MO et la santé mentale à la fois sur les plans de l'intégration horizontale (entre les soins primaires) et verticale (entre les soins primaires et les services psychiatriques), la formation des MO en santé mentale et leur intérêt pour ce domaine, particulièrement dans un contexte de pénurie des ressources. Différentes stratégies multimodales inspirées d'études sur les soins chroniques et les systèmes intégrés devraient guider à cette fin la prise de décisions.

1. INTRODUCTION

Les troubles de santé mentale (TSM) représentent la seconde cause de morbidité dans le monde, après les maladies cardiovasculaires (OMS, 2001). Dans les pays industrialisés, la prévalence annuelle des TSM se situe entre 13 et 30 % (OMS, 2004). Pour ce qui est des coûts de traitement et de perte de productivité, le fardeau économique associé à la santé mentale est significatif. Au Canada, ces problèmes figurent parmi les affections les plus coûteuses (Stephens et Joubert, 2001).

Les médecins omnipraticiens (MO) représentent le premier point de contact avec le système de santé pour les personnes souffrant de TSM (Wright et coll., 2005, Lesage et coll., 2006). D'après différentes études, entre 15 % et 30 % des patients qui consultent un MO souffrent d'un TSM détectable (Ouadahi, Lesage et Fleury, 2009a; Bambling et coll. 2007; Watson et Krueger, 2005). Parmi les patients qui utilisent les services de santé en raison de TSM au Canada, 45 % consultent un MO, alors que 25 % consultent un psychiatre (Gagné, 2005). Cette préférence accordée aux MO par les personnes souffrant de TSM s'explique par la proximité, l'accessibilité, le moindre risque de stigmatisation et par le fait que la santé physique est traitée tout autant que la santé mentale (Jenkins et Strathdee, 2000).

Les systèmes de santé ayant davantage consolidé leurs soins primaires, grâce à un meilleur contrôle et une compression des besoins en soins spécialisés, sont généralement associés à une meilleure santé des populations (Starfield, 1998). Une meilleure efficacité est aussi associée au développement de soins intégrés (Marriott et Mable, 2000; Swindle et coll., 2003). La consolidation des soins primaires associée à une meilleure intégration du dispositif de soins apparaît comme une solution aux problèmes du système de santé. Plusieurs modèles de collaboration ont ainsi été recommandés, dont les groupes de médecine de famille (GMF), les soins partagés (Craven et Bland, 2006) et les réseaux intégrés de services (RIS) (Fleury, 2006; Fleury et coll., 2007). Les GMF associent une pratique de médecine de groupe à l'intervention d'infirmières chargées de l'examen systématique, du suivi et des références d'un ensemble de patients inscrits. Les soins partagés impliquent une coordination soutenue du processus de soins entre les MO (piliers de ce processus), les psychiatres et les équipes psychosociales (OMS, 2001; Meadows, 1998). Les RIS, très peu implantés en santé mentale au

Québec, impliquent une optimisation de l'intégration des services d'un territoire, tant sur les plans administratif que clinique.

En santé mentale, la consolidation des soins de santé primaire s'explique par l'émergence de la psychiatrie communautaire visant l'intégration des usagers dans la communauté et le rétablissement des personnes (Anderson et Lewis, 1999; Anthony, 1995). Durant les 40 dernières années, plusieurs vagues de désinstitutionnalisation ont conduit à réintégrer dans la communauté un nombre de plus en plus élevé de personnes souffrant de TSM (Fleury et Grenier, 2004). Les MO sont au cœur de cette transformation, bien qu'ils traitent surtout les troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM), et particulièrement la dépression et l'anxiété (Lester et coll., 2005; Fournier, Aubé, Poirier et coll., 2008). De plus en plus, ils sont appelés à intervenir auprès de patients aux prises avec des TSM plus complexes, en lien avec l'émergence des modèles de soins intégrés (Horner et Asher, 2005; Crews et coll., 1998). Au Québec notamment, 92 % de patients ayant des troubles de santé mentale reçus par un MO pour l'année 2006, selon les données extraites du fichier de la RAMQ, souffraient de TTM.SM, alors que les autres étaient aux prises avec des troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM) (Ouadahi et coll., 2009a; Ouadahi, Lesage, Fleury et Rodrigue, 2009b).

Cependant, malgré le rôle pivot des MO en santé mentale, bien peu d'études s'intéressent à leurs pratiques cliniques et organisationnelles en ce domaine (Engstrom et coll., 2001; Craven et Bland, 2006), incluant en particulier leurs pratiques auprès des patients aux prises avec des TGP.SM (Kendrick et coll., 1994). Il n'a pas été possible de trouver d'études s'intéressant aux variables associées à la prise en charge par les MO des patients souffrant de TSM. La notion de « prise en charge » est ici liée au concept de continuité relationnelle. Elle implique non seulement le fait de recevoir un patient en consultation, mais aussi d'en assumer le suivi au cours des années, sur le plan de la santé physique ou de la santé mentale (dépistage, évaluation, diagnostic, traitement ou suivi de la médication, soutien psychosocial, etc.).

Dans le contexte de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale* (PASM – MSSS, 2005b), dont l'un des objectifs centraux vise la consolidation des soins primaires et des soins partagés, afin d'améliorer l'efficacité des services et mieux répondre aux besoins des personnes aux prises avec des TSM, ce rapport propose de mieux cerner « *le rôle des MO en santé mentale* ». Il répond à quatre objectifs spécifiques : **1)** décrire les pratiques cliniques et de

collaboration des MO, la nature et l'importance des TSM qu'ils traitent, ainsi qu'analyser leur perception de la qualité du système de santé mentale et des mécanismes jugés utiles à son amélioration; **2)** analyser les variables associées à la prise en charge des patients souffrant de TSM (TTM comparés aux TGP); **3)** analyser les variables associées à leur propension à collaborer, et ce, en examinant les indicateurs que sont les références (transferts ou renvois) et les contacts en santé mentale (p. ex., conversations téléphoniques au sujet d'un patient, suivi conjoint de celui-ci); et enfin **4)** étudier l'influence du lieu de pratique sur leur propension à prendre en charge les TSM (TTM comparés aux TGP), en tenant compte d'autres variables confondantes importantes. Dans le contexte actuel, caractérisé par des efforts soutenus en vue d'implanter des modèles intégrés optimaux de soins de santé primaires, cette étude permettra de cerner les écarts entre la situation actuellement planifiée et les éléments favorisant ou entravant une offre optimale de services de santé mentale offerte par les MO en vue de mieux soutenir la prise de décision.

2. MÉTHODES

2.1. Modèle d'étude et population cible

Cette étude transversale est basée principalement sur une enquête conduite auprès de MO pratiquant dans neuf territoires de CSSS du Québec, inclus dans cinq régions socio-sanitaires. Les sites à l'étude comportaient des zones urbaines (avec et sans CHPSY), semi-urbaines et rurales. Des lieux de pratique diversifiés ont été inclus : cliniques privées (ou cliniques médicales) comportant des pratiques en solo ou en groupe, cliniques sans rendez-vous, CLSC, hôpitaux (CHPSY, CHSGS, CHSLD), GMF et cliniques-réseau. Le Québec comporte au prorata de sa population un médecin pour 1 041 habitants (Savard et Rodrigue, 2007). Le recrutement des MO a été établi en fonction d'une liste fournie par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), laquelle comprenait 1 415 MO cliniquement actifs. Tout médecin acceptant de prendre part à l'étude devait signer un formulaire de consentement approuvé par un comité d'éthique reconnu en santé mentale.

2.2. Collecte des données

Pour mener cette étude, notre équipe de recherche a élaboré un questionnaire comprenant 143 items, inspiré des ouvrages scientifiques sur le rôle des MO en santé mentale

(**Annexe 1**). Le **Tableau 1** présente les six domaines et les principaux items couverts par le questionnaire. Ce questionnaire a été validé par une équipe multidisciplinaire de vingt experts comprenant des chercheurs, des psychiatres et des MO. La banque de données de la RAMQ pour les années 2002 et 2006 a également été mise à contribution pour permettre des analyses comparatives entre l'ensemble des MO du Québec et ceux inclus dans notre échantillon (voir à ce sujet : Ouadahi, Lesage et Fleury, 2009a).

Dans le volet s'intéressant à la « clientèle desservie par les MO », le questionnaire explore séparément les TTM.SM et les TGP.SM. Les TTM.SM comprennent : l'anxiété, la dépression, les troubles d'adaptation, les troubles de la personnalité et l'abus de substances. Quant aux TGP.SM, ils incluent notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires. Cette distinction a été jugée utile du fait que ces deux groupes de patients répondent à des caractéristiques bien distinctes qui influencent leur prise en charge par les MO. En général, les personnes souffrant de TTM.SM ont plus souvent un emploi, et leurs problèmes sont de plus courte durée; alors que celles aux prises avec des TGP.SM (de 2 à 3 % de la population) sont plus souvent sans emploi et ont des besoins biopsychosociaux considérables, chroniques et impliquant un suivi à long terme (Nelson, sous presse).

Les items du questionnaire correspondent à des variables continues, catégorielles ou sous forme d'échelle de type Likert (1 = totalement en désaccord; 5 = totalement d'accord). Le temps requis pour répondre au questionnaire est estimé à 30 minutes.

Les questionnaires ont été postés et la période de collecte des données s'est étendue de septembre 2005 à février 2007. Durant cette période, trois activités de relance ont été organisées. La première fois, le renvoi du questionnaire était accompagné de lettres d'appui des responsables du Collège des médecins du Québec et de la FMOQ. La deuxième fois, une relance téléphonique personnalisée a été réalisée par des infirmières embauchées pour communiquer avec les participants et les encourager à répondre au questionnaire. La troisième et dernière fois, les administrateurs médicaux des territoires inclus dans l'étude furent mis à contribution pour inciter les MO à remplir le questionnaire.

2.3. Analyses

Les données manquantes, lesquelles n'excédaient pas 5 % par variable, ont été remplacées par la moyenne du groupe de pratique correspondant au participant, selon que ce

dernier avait une pratique majoritaire en CLSC, à l'hôpital, en clinique privée solo ou de groupe, en GMF ou en cliniques-réseau¹. La pratique majoritaire d'un médecin a été établie selon le lieu où plus de 50 % de ses activités s'établissaient. Préalablement aux analyses univariées, bivariées et multivariées, les variables continues ont été examinées quant au respect des suppositions de normalité, grâce à des tests appropriés (aplatissement, dissymétrie). Chaque item du questionnaire a été soumis à des analyses descriptives, notamment la distribution des fréquences pour les variables catégorielles, le calcul des moyennes et autres mesures de tendance centrale pour les variables continues. Des analyses comparatives ont été effectuées entre les deux types de clientèle des MO, soit les patients souffrant de TTM.SM et de TGP.SM, en utilisant le test du khi carré pour les variables catégorielles, et le test T pour les variables continues. Pour tous ces tests, le seuil de signification (valeur alpha) était fixé à $P = 0,05$.

Dans les analyses bivariées, des corrélations ont été calculées pour estimer les associations entre les variables ainsi que les colinéarités. Lorsque deux variables étaient fortement corrélées (par exemple « âge » et « ancienneté dans la pratique »), seulement l'une d'elles était considérée pour la suite des analyses.

Les variables dépendantes ont été sélectionnées en fonction des objectifs de recherche. Deux variables dépendantes liées à la « prise en charge » des patients souffrant soit de TTM.SM, soit de TGP.SM ont d'abord été relevées, correspondant aux réponses aux questions suivantes : 1) Parmi les patients qui vous consultent pour un TSM, quelle est la proportion des patients souffrant de TTM.SM que vous prenez en charge (*objectif 2a*)? 2) Parmi les patients qui vous consultent pour un TSM, quelle est la proportion des patients souffrant de TGP.SM que vous prenez en charge (*objectif 2b*)? La propension des MO à collaborer avec les services de santé mentale (*objectif 3*) a aussi été établie en fonction de deux variables dépendantes : a) le nombre de patients avec TTM.SM référés par semaine en comparaison avec les patients souffrant de TGP.SM référés, ou b) le nombre de contacts par année entre les MO et les services de santé mentale pour le suivi des patients avec des TSM. Contrairement aux

¹ Ce critère suppose que le lieu de pratique majoritaire influait sur la pratique du MO. Dans les études existantes, il est aussi courant de distinguer les médecins en fonction de leur lieu majoritaire de pratique. Pour les médecins plus difficiles à classer (c'est-à-dire, soit trois lieux de pratique à peu près équivalents, soit deux lieux de pratique aussi à peu près équivalents), nous avons considéré d'autres critères pour la classification tels que les heures de travail et le nombre de patients reçus par semaine ainsi que le pourcentage de clientèle reçue avec des troubles de santé mentale par semaine.

références, les contacts ont été définis comme devant impliquer une communication directe entre les professionnels de santé (p. ex., conversations téléphoniques au sujet d'un patient, suivi conjoint de celui-ci). Sur un continuum de relations interorganisationnelles, les contacts désignent un type de collaboration plus formel entre les dispensateurs de soins que les références (Fleury, 2006). Les ressources de santé mentale considérées pour les références (ou renvois) et les contacts incluaient : les CHSGS ou CHPSY (urgences, cliniques externes, psychiatres ou équipes psychiatriques), les CLSC (services psychosociaux courants ou équipes de santé mentale), les psychologues en cabinet privé, les centres de crise et les organismes communautaires. Enfin, pour estimer les lieux de pratique associés à la prise en charge (*objectif 4*), la variable linéaire dépendante était la proportion des patients souffrant respectivement de TTM.SM et de TGP.SM pris en charge par les MO.

L'élaboration des modèles multivariés a été précédée par des analyses bivariées, notamment la recherche des interactions grâce au test *t* de l'analyse de la variance. Chaque variable indépendante statistiquement associée à la variable dépendante à cette étape était retenue pour la construction du modèle multivarié, en adoptant un seuil alpha à $P=0.10$. L'élaboration des modèles ajustés a été faite avec la méthode d'élimination « Backward LR », en imposant un seuil de signification de $P=0.05$. La qualité d'ajustement des modèles générés a été calculée grâce au test d'ajustement, la proportion de variance expliquée et le diagnostic de colinéarité pour les modèles de régression linéaire, ainsi que le test de Hosmer et Lemeshow pour les régressions logistiques.

3. RÉSULTATS

3.1. Échantillon - Représentativité

De la liste des 1 415 MO fournis par la FMOQ, 353 n'ont pas pu être retracés ou joints (retraite, déménagement hors du territoire, etc.) et 435 ont rempli le questionnaire, pour un taux de réponse de 41 %². Lors de l'évaluation de la qualité des données, 37 questionnaires ont été exclus du fait qu'ils étaient incomplets. Les analyses portent ainsi sur les réponses de 398 participants.

² Notre taux de réponse est similaire à celui d'autres recherches ayant porté sur des populations semblables de MO (Kisely et coll., 2006; CMF, 2005; Savard et coll., 2005).

La représentativité de l'échantillon a été analysée, tout d'abord, par la comparaison de la distribution entre les répondants et les non-répondants. Grâce à la liste des MO fournies par la FMOQ, une comparaison selon le genre a pu être établie, donnant un résultat non significatif ($\chi^2 = 3.44$, $df = 1$, $P = 0.0637$). Ensuite, l'échantillon a été comparé à la population des MO du Québec, et ces derniers aux MO du Canada selon : les classes d'âge, le genre, les lieux de pratique, les types de territoires, les modes de paiement et la proportion de patients reçus pour raison de santé mentale. Ces dernières informations, qui ont permis des comparaisons avec notre échantillon, ont pu être extraites d'études récentes (Savard et Rodrigue, 2007; Ouadahi et coll., 2009a; ICIS, 2005; SNM, 2007). Tel qu'il est démontré dans le **Tableau 2**, les tests réalisés n'ont pas permis de cerner de différences significatives entre l'échantillon utilisé et la population cible québécoise, et entre les MO du Québec et les MO du Canada, et ce pour l'ensemble des dimensions à l'étude.

3.2. Description des participants et de leurs patients

3.2.1. Caractéristiques des patients et profils de pratique des MO

Les patients avec des TSM représentent entre 20 et 25 % (ET 19) de la clientèle des MO.³ La majorité des patients (60 %) reçus en consultation par les MO souffrent de TTM.SM, plus particulièrement d'anxiété ou de dépression. Les MO interrogés prennent en charge 71 % des patients avec TTM.SM qui les consultent, comparativement à 34 % des patients souffrant de TGP.SM. Les MO de notre échantillon suivent en moyenne 7,45 fois par année leurs patients avec des TSM (ET : 4,84; comparé à 12 fois selon les données de la RAMQ, mais peu importe le médecin⁴), et sont capables, pour la majorité d'entre eux, de les recevoir rapidement en contexte de crise. D'autres aspects pertinents sur la clientèle des MO et sur leurs profils de

³ Les données provenant de la RAMQ pour l'année 2006 rapportent que 20 % de la population a consulté des MO pour des problèmes de santé mentale; les données de notre enquête indiquent plutôt que le pourcentage s'établit à 25 %. Cependant, les analyses statistiques réalisées (Tableau 2) afin de comparer les deux populations n'indiquent pas de différence significative entre notre échantillon et la population du Québec. Notons que chacune des sources de collecte de données contient ses limites – voir la section 5 du rapport se rapportant à cet aspect.

⁴ Des données provenant de la RAMQ pour l'année 2006, deux groupes ont été constitués « la population ayant consommé au moins un acte de santé mentale » en comparaison avec « la population pour qui aucun acte de santé mentale n'a été posé ». Le nombre d'actes posés (et donc le nombre de consultations) pour les différents groupes a été ainsi comparé. La majorité des actes du « groupe santé mentale » est toutefois liée à des activités de santé physique (pour obtenir plus d'information, voir : Ouadahi et coll., 2009a, 2009b). Par ailleurs, les résultats en ce qui concerne le nombre de visites rapportées, basés sur les données de la RAMQ ou notre questionnaire, diffèrent notamment en raison du fait que pour la RAMQ, les consultations ne sont pas reliées au suivi spécifique d'un médecin particulier, ce qui est le cas des données se rapportant à notre questionnaire.

pratique sont présentés dans les **Tableaux 3 à 7**.

3.2.2. Collaboration interorganisationnelle (références et contacts)

En moyenne, 23 patients présentant des TSM visitent un MO au cours d'une semaine. De ceux-ci, 20 ont des TTM.SM, et trois d'entre eux sont référés, soit 17 %; alors que seulement 3 patients ont des TGP.SM dont deux sont référés, soit 71 % ($P < 0.01$). Le **Tableau 8** indique les établissements de santé (ou les professionnels) vers lesquels les MO réfèrent les patients souffrant de TSM, de même que les raisons pour lesquelles ils les réfèrent ou les transfèrent.

3.2.3. Opinion des MO sur la qualité du système de santé mentale

D'une façon générale, les MO estiment que le système de santé mentale a besoin d'être amélioré en profondeur, notamment en ce qui a trait au temps d'attente pour accéder aux services d'un psychiatre (**Tableau 3**). Les MO considèrent aussi que leur participation dans le processus d'hospitalisation de leurs patients est inadéquate, sauf en ce qui concerne le suivi posthospitalisation (**Tableau 3**). De même, ils sont relativement insatisfaits des mécanismes cliniques ou de collaboration déployés (**Tableau 7**), ainsi que de leur collaboration interorganisationnelle (ou interprofessionnelle – **Tableau 9**). En effet, de 73 à 83 % des participants rapportent qu'il est important ou très important d'améliorer le système de santé mentale, plus précisément leur formation en santé mentale, les processus cliniques et les mécanismes ou stratégies destinés à accroître la collaboration et l'accessibilité aux soins. Ils soutiennent ainsi une amélioration du dispositif de soins en santé mentale, appuyant fortement le déploiement de stratégies visant à améliorer la prise en charge des patients.

3.2.4. Commentaires

Cette partie du rapport répond à notre **premier objectif** de recherche qui est de décrire de manière générale le *profil de pratique des MO et leur perception de la qualité du système de santé mentale*. Les résultats rapportés ci-dessus peuvent être résumés en cinq points : 1) les MO jouent un rôle pivot dans la prise en charge des patients souffrant de TSM, surtout dans les cas de TTM.SM; 2) leur modèle de prise en charge des patients souffrant de TSM peut être qualifié de « traditionnel », c'est-à-dire surtout axé sur le suivi de la médication et la thérapie de soutien, et intégrant peu de nouvelles pratiques cliniques ou de collaboration (p. ex.,

protocoles de soins, formulaires standardisés de référence); 3) ils pratiquent majoritairement en silo, et sont peu associés à des modèles de soins intégrés; 4) leurs stratégies de collaboration interorganisationnelle (ou interprofessionnelle) varient en fonction de la gravité des TSM des patients (TTM.SM comparé à TG.SM); 5) enfin, en dépit du fait qu'ils estiment que le système de santé mentale est très déficient, ils sont en général favorables au déploiement d'outils et de stratégies de collaboration susceptibles d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

3.3. Prise en charge

3.3.1. Prise en charge des troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM)

Tel qu'il a déjà été mentionné, les MO prennent en charge la grande majorité des patients avec TTM.SM qui les consultent (moyenne : 71 %). Le suivi à long terme de ces patients concerne la surveillance des effets des médicaments [pour une proportion de 61 % de patients (DS : 37)], et en thérapie de soutien [pour une proportion 59 % (DS : 37)]. En moyenne, les MO ont reçu leurs patients souffrant de TTM.SM neuf fois par an (ET : 6), toutes raisons confondues.

L'analyse de régression linéaire multiple a généré un modèle contenant 12 variables indépendamment associées à la prise en charge des TTM.SM par les MO (**Tableau 10**). La prise en charge des MO est associée (associations positives) : 1) à un plus grand intérêt de leur part à assurer les soins aux patients aux prises avec des TTM.SM; 2) au fait de pratiquer dans plus de types d'organisations à la fois; 3) au fait d'avoir suivi plus de séances de formation continue en santé mentale au cours de la dernière année; 4) à une plus grande ancienneté dans leur pratique; 5) à une plus importante proportion de patients souffrant de TTM.SM dans l'ensemble de leur clientèle (nombre de cas reçus, qu'ils soient pris en charge ou non); 6) à une plus grande proportion des consultations liées à la thérapie de soutien; 7) au suivi pharmacologique; et 8) à un plus grand nombre de visites annuelles du patient. Par contre, les MO seraient moins enclins à prendre en charge les patients avec TTM.SM quand les conditions suivantes sont présentes (associations négatives) : 9) lorsque les patients présentent des comorbidités telles que l'abus de substances; 10) ainsi que lorsqu'ils jugent importants de travailler avec les équipes psychiatriques; et 11) estiment excellente leur relation avec ces équipes. Ce modèle démontre un bon ajustement ($F = 40,794$, $P < 0,01$), et il explique 57 % de la variance.

3.3.2. Commentaires

Ces résultats répondent au *volet a) du deuxième objectif* de recherche visant à faire ressortir les *facteurs associés à la prise en charge, par les MO, des patients souffrant de TTM.SM*. En résumé, la prise en charge de ces patients par les MO est associée à trois catégories de variables : 1) leur profil sociodémographique; 2) leur profil de pratique clinique et les caractéristiques de leurs patients; et 3) l'importance qu'ils attribuent à la collaboration interorganisationnelle (ou interprofessionnelle). De l'ensemble de ces composantes, l'intérêt accordé aux patients avec TTM.SM par les MO ressort comme étant la variable la plus positivement associée à leur pratique de prise en charge. Par contre, la variable qui diminue le plus leur propension à prendre en charge ces patients concerne la perception que leur relation de travail avec les équipes de psychiatrie est excellente. Ce phénomène peut s'expliquer par le contexte de pénurie des MO au Québec et la croissance de la demande de soins (c'est-à-dire, hausse du nombre des personnes âgées et des maladies chroniques).

3.3.3. Prise en charge des troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM)

Dans notre étude, sur les patients estimés atteints de TSM⁵, environ un patient sur dix (diagnostic de troubles graves) consulte un MO. De ces patients, une minorité (34 %) est prise en charge par les MO. La prise en charge de ces patients consiste au suivi pharmacologique pour 49 % d'entre eux (ET 39), et dans la thérapie de soutien pour 39 % d'entre eux (ET 37). En moyenne, ces patients sont reçus par leur médecin six fois au cours d'une année (ET 5 – peu importe les raisons).

Le **Tableau 11** présente le modèle multivarié constitué de six variables associées à la prise en charge par les MO des patients souffrant de TGP.SM. Les variables positivement associées correspondent à : 1) une plus grande fréquence des références des patients ayant pour but un suivi conjoint avec d'autres professionnels; 2) une plus importante propension des MO à s'impliquer dans le suivi post hospitalisation; 3) un accroissement de la proportion des patients rencontrés souffrant de TGP.SM parmi la clientèle du médecin (qu'ils soient pris en charge ou non); 4) une plus grande fréquence des consultations liées au suivi pharmacologique; et 5) des visites pour la thérapie de soutien. Une seule variable (6) a été négativement associée à la prise

⁵ 20 % selon l'échantillon ayant répondu au questionnaire, et 25 % selon les données de la RAMQ (2006), quoiqu'aucune différence significative n'ait été trouvée entre ces groupes.

en charge, soit une plus grande fréquence des transferts vers les départements de psychiatrie associée au manque de formation des MO. Ce modèle démontre un bon ajustement ($F = 45.880$; $P < 0.01$), et explique 43 % de la variance.

3.3.4. Commentaires

Dans cette section correspondant au *volet b) du deuxième objectif* de recherche, nous voulions faire ressortir les *facteurs associés à la prise en charge, par les MO, des patients affectés par des TGP.SM*. À cet effet, trois catégories de variables sont ressorties comme étant associées à la prise en charge : 1) le manque d'expertise des MO en santé mentale; 2) leur profil de collaboration interorganisationnelle; 3) et les aspects relatifs à leur pratique clinique. La première catégorie, renfermant la variable la plus importante du modèle, est associée négativement à la prise en charge des TGP.SM (c'est-à-dire, la fréquence des transferts aux départements de psychiatrie pour raison de manque de formation). Les deux autres catégories sont liées à des variables positivement associées à la prise en charge. Parmi elles, la fréquence des références pour un suivi conjoint avec d'autres ressources demeure la variable la plus importante.

3.4. Collaboration interorganisationnelle

3.4.1. Références des patients souffrant de TSM

Tel qu'il a déjà été mentionné, les MO réfèrent davantage les patients souffrant de TGP.SM que ceux aux prises avec des TTM.SM. La majorité des patients avec TTM.SM référés sont orientés vers les psychologues en cabinet privé ou vers les services psychosociaux courants des CLSC; ceux souffrant de TGP.SM sont dirigés plutôt vers les urgences psychiatriques et les cliniques externes de psychiatrie.

L'analyse de régression linéaire multiple permet de faire ressortir huit variables indépendamment associées aux références (**Tableau 12**). Les références sont positivement associées aux variables suivantes : 1) l'accroissement de la proportion du nombre de patients ayant une comorbidité santé mentale et abus de substances; 2) pour les patients souffrant de TGP.SM, une plus grande fréquence des références pour suggestion pharmacologique; 3) pour les patients avec TTM.SM, une plus grande fréquence des références pour transfert vers les services de psychiatrie; et 4) pour ces mêmes patients (TTM.SM), la perception par les MO

que la qualité de leur relation avec le psychiatre et avec 5) les services psychosociaux des CLSC est bonne. Les MO ont moins tendance à référer les patients quand les conditions suivantes sont présentes (associations négatives) : 6) lorsque le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme est plus élevé; 7) pour les patients souffrant de TSM, lorsque les MO participent davantage dans le suivi post-hospitalier des patients; et 8) toujours dans le cas des les TSM, lorsque les MO perçoivent comme de bonne qualité leur relation avec les équipes psychiatriques. L'ajustement de ce modèle est adéquat ($F = 9.90$; $p < 0.001$), et la variance expliquée est de 18 %.

3.4.2. Contacts avec d'autres professionnels en santé mentale

Les MO n'entretenant aucun contact avec d'autres professionnels de santé mentale se distribuent de la manière suivante : 94 % n'ont aucun contact avec les organismes communautaires, 52 % avec les services de psychiatrie, 48 % avec le psychiatre, 49 % avec les CLSC, et 45 % avec les psychologues en cabinet privé. En tout, 14 % des répondants n'ont aucun contact avec l'un ou l'autre de ces différents groupes de professionnels ou d'organismes. Ce dernier groupe de MO exerce essentiellement en zone rurale ($\chi^2 = 3.98$; $df = 1$; $p = 0.046$), reçoit peu de patients avec des TGP.SM ($t = 2.013$; $df = 75$; $p = 0.048$) et considère peu important le fait de travailler en collaboration avec les psychologues en cabinets privés ($t = 1.98$; $df = 394$; $p = 0.048$). Par ailleurs, lorsque des contacts avec d'autres ressources sont rapportés, ceux-ci se font plus souvent qu'autrement sur une base sporadique. Notamment, environ 20 % des MO seulement estiment avoir des contacts soit avec les psychiatres, soit avec les équipes de psychiatrie au moins une fois aux trois mois, et un peu plus de 30 % d'entre eux avec les psychologues en cabinet privé ou les intervenants de CLSC toujours à raison d'au moins une fois aux trois mois.

Tel que le démontre le modèle ajusté dans le **Tableau 13**, sept variables sont indépendamment associées aux contacts entre les MO et les organisations (ou professionnels) de santé mentale. Ainsi, les MO ont plus de contacts avec le réseau de la santé mentale quand les conditions suivantes sont présentes (associations positives) : 1) lorsqu'ils ont suivi plus de séances de formation médicale continue en santé mentale au cours des 12 derniers mois; 2) lorsqu'en proportion, ils ont plus de patients présentant des comorbidités de santé mentale et de déficience intellectuelle; 3) lorsque la qualité de leur relation avec l'équipe de psychiatrie

ainsi qu'avec 4) les centres de crise et les organismes communautaires est jugée bonne et 5) lorsqu'ils apprécient la quantité des services disponibles en santé mentale. Par contre, les MO ont moins tendance à avoir des contacts avec les ressources en santé mentale quand les deux conditions suivantes sont présentes (associations négatives) : 6) quand ils font plus de thérapie de soutien et 7) lorsque le délai pour obtenir une expertise de la part d'un psychiatre est important. Ce modèle présente un ajustement adéquat ($F = 10.41$; $p < 0.001$), et explique 16 % de la variance.

3.4.3. Commentaires

Ces résultats correspondent au *troisième objectif* de notre recherche, ayant pour but de faire ressortir les variables qui expliquent pourquoi les MO réfèrent leurs patients souffrant de TSM et entretiennent ou non des contacts avec d'autres organisations (ou professionnels) de la santé mentale au profit de leurs patients.

Nos résultats démontrent que la référence des patients souffrant de TSM par les MO s'établit en fonction de la sévérité des cas. Ainsi, les principales sources de référence des MO diffèrent en fonction du profil TTM.SM ou TGP.SM de leurs patients – c'est-à-dire, soins primaires complémentaires pour ces premiers et services hiérarchisés (soins primaires et spécialisés) pour ces derniers. Par contre, le psychiatre demeure encore une ressource de référence incontournable pour une minorité de patients aux prises avec des TTM.SM, soit les cas plus complexes à traiter, requérant une évaluation diagnostique, une suggestion pharmacologique ou un traitement spécialisé. En fait, l'importance perçue par les répondants à collaborer avec les psychiatres lorsqu'ils prennent en charge des patients souffrant de TTM.SM est la variable la plus fortement associée aux références.

La quantité de services disponibles dans le système de santé mentale semble la variable la plus étroitement liée à la propension des MO à établir des contacts avec les ressources en santé mentale – même si très peu de MO entretiennent des contacts réguliers avec d'autres organisations (ou professionnels) de la santé mentale. Cette situation traduit un problème d'intégration du dispositif de soins, et donc le peu de déploiement au Québec des soins partagés malgré la réforme en cours. L'organisation de corridors efficaces de services entre professionnels de santé semble être le talon d'Achille du système de santé du Québec. Ce problème majeur d'intégration est encore plus notoire vis-à-vis des ressources communautaires

et des centres de crise, qui s'avèrent très peu connus ou utilisés par les MO. Enfin, nos analyses démontrent les dynamiques différentielles sous-jacentes au déploiement des références et des contacts. D'après nos résultats, les références semblent plus étroitement associées aux profils des MO (notamment leur connaissance et expérience en santé mentale). Les contacts sont davantage liés à la structuration du système et ainsi au développement de modèles intégrés de soins.

3.5. Comparaison des cas reçus ou pris en charge par les MO en fonction du lieu de pratique majoritaire des MO

Peu importe le lieu de pratique des MO, 11 % d'entre eux estiment ne pas prendre en charge les patients souffrant de TTM.SM, comparé à 23 % pour les TGP.SM (**Tableau 4**). Ces 11 % présentent les caractéristiques suivantes : ils sont plus jeunes, reçoivent moins de patients par semaine, pratiquent majoritairement en cliniques sans rendez-vous, rapportent un délai plus court pour obtenir un avis psychiatrique lorsqu'ils en ont fait la demande, considèrent très important de collaborer avec les psychiatres, avec les services d'urgence et les CLSC, et travaillent dans moins d'établissements différents. Quant aux 23 % déclarant ne pas prendre en charge les cas de TGP.SM, ils présentent dans l'ensemble le même profil, à la différence qu'ils travaillent dans plusieurs établissements à la fois. De plus, ils consacrent moins d'heures par semaine à leur travail, rapportent une faible proportion de revenu à l'acte, et passent annuellement moins de temps en formation médicale continue. Quant aux MO prenant en charge entre 75 et 100 % des patients qui les consultent aux prises avec des TGP.SM (25 % des MO), ils possèdent plutôt des profils opposés que ce soit pour les heures de travail, le type de revenu, ou encore la formation continue suivie. En plus, ils reçoivent plus de patients par semaine, rapportent un délai plus important pour obtenir un avis psychiatrique, et travaillent davantage en régions semi urbaines et rurales.

Les analyses multivariées (**Tableau 14**) démontrent que tous les lieux de pratique, à l'exception des cliniques sans rendez-vous, sont associés positivement à la prise en charge par les MO des patients souffrant de TTM.SM – certains lieux néanmoins plus que d'autres (**Tableau 14**). Le modèle ainsi construit démontre un bon ajustement ($F=24,407$; $P<0.001$), et explique 43 % de la variance. Par contre, le modèle lié à la prise en charge des patients souffrant de TGP.SM (**Tableau 15**) démontre qu'aucun lieu de pratique n'est associé à la prise

en charge (ajustement du modèle : $F=41,407$; $P<0.001$; variance expliquée : 17 %). Les deux modèles mettent aussi en relief un certain nombre de co-variables significativement associées à la prise en charge peu importe le lieu de pratique des MO. Dans le cas des TTM.SM, les variables positivement associées à la prise en charge sont : 1) la perception que les relations avec les psychologues en cabinet privé sont excellentes, 2) un plus grand délai pour obtenir une expertise de la part d'un psychiatre, 3) le fait d'effectuer plus de thérapie de soutien pour les TTM.SM. Par contre, le fait 1) de recevoir des patients avec des comorbidités de santé mentale et d'abus de substances et 2) de percevoir les relations avec les centres de crise comme étant excellentes iraient à l'encontre de la prise en charge, et ce, peu importe le lieu de pratique des MO. Seulement deux variables sont associées à la prise en charge des TGP.SM. La perception par les MO que les relations avec les psychologues sont excellentes jouerait négativement sur la prise en charge. Par contre, plus ils effectuent de la thérapie de soutien, plus ils auraient tendance à prendre en charge ces personnes, et cela peut importe leur lieu de pratique.

3.5.1. Commentaires

Dans cette dernière section de résultats, correspondant au *quatrième objectif* de notre recherche, nous voulions d'abord comprendre comment se distribue le volume de MO en fonction de l'importance des tendances de « consultations » en comparaison avec celles « de prise en charge » de la clientèle en santé mentale. Nos résultats indiquent que la grande majorité des MO rapportent prendre en charge (c'est-à-dire, un suivi continu) les cas reçus de TTM.SM, ce qui n'est pas le cas concernant les patients avec des TGP.SM. Pour le suivi de ces derniers, une polarisation de la pratique semble plutôt cohabiter : d'un côté, une minorité de MO (dont le nombre est non négligeable) prenant en charge presque tous les cas reçus de TGP.SM, de l'autre, un groupe quasi équivalent transférant plutôt ces patients à d'autres dispensateurs de soins, et environ la moitié des MO se situant entre ces deux pôles.

Quant aux lieux de pratique, ils sont tous associés à la prise en charge des TTM.SM, sauf les cliniques sans rendez-vous, mais aucun pour le suivi des TGP.SM. La pratique dans les cliniques sans rendez-vous est reconnue pour sa faible participation dans le suivi des clientèles, bien qu'elle favorise généralement l'accès aux soins. Pour les TTM.SM, peu importe le lieu de pratique, ce sont surtout les bonnes relations avec les psychologues et la plus grande propension à dispenser de la thérapie de soutien qui favoriseraient la prise en charge par les

MO. Une association négative est néanmoins relevée entre « les centres de crise » et la prise en charge par les MO des patients avec TSM, laissant supposer que l'utilisation des centres de crise réduit le besoin de prise en charge perçu par les MO. De même, une association négative entre la prise en charge et le suivi des clientèles présentant des comorbidités de santé mentale et d'abus de substances est identifiée. Ainsi quels que soient les lieux de pratique, il semble que les MO seraient plus réfractaires à la prise en charge de cette dernière clientèle, probablement en raison de la complexité du suivi de ces patients.

4. DISCUSSION

Cette étude permet de confirmer l'importance du rôle des MO en santé mentale (Lesage 2006; Rockman et coll., 2004). Tel que rapporté dans les études existantes (Kushner et coll., 2001; Bambling et coll., 2007), la dépression et l'anxiété constituent les TSM les plus diagnostiqués et traités par les MO. D'après nos données, plus du tiers des patients souffrant de TSM qui consultent les MO présenteraient néanmoins des comorbidités (problèmes de santé physique ou de dépendances ou déficience intellectuelle associés) et près d'un patient sur dix des TGP.SM. Les données collectées de la RAMQ (2002 et 2006) confirment, d'ailleurs, comparativement au reste de la population, l'importance de la consultation liées à des problématiques de santé physique de la « clientèle identifiée santé mentale » (Ouadahi et coll., 2009b). Par contre, parmi les cas rencontrés de TGP.SM, nos données indiquent que seulement une minorité de patients seraient pris en charge par les MO; et environ la moitié des MO n'assureraient qu'un suivi physique, alors que les autres s'occuperaient à la fois du suivi physique et de la santé mentale.

Nos résultats démontrent que les MO de notre échantillon fournissent une bonne accessibilité et une bonne continuité de suivi pour les cas de TSM. Ils font le suivi de leurs patients plusieurs fois par année, et la grande majorité d'entre eux sont aptes à les recevoir dans un délai de moins de 48 heures en cas de crise. Des données de la RAMQ, il ressort aussi que la clientèle dite de santé mentale consulte beaucoup plus fréquemment les MO que la population générale (Ouadahi et coll., 2009b). En regard de l'accessibilité, nos résultats sont néanmoins un peu étonnants, étant donné la pénurie de MO et le nombre de personnes au Québec n'ayant pas de MO (soit environ 25 % selon le Rapport de la Commission Castonguay,

2008). Le contexte de crise et l'importance de la pratique sans rendez-vous parmi les MO (qui leur permet aussi de recevoir leurs propres patients) pourraient expliquer ces résultats.

Le fait que les MO se disent plus enclins à prendre en charge des patients présentant des TSM moins complexes, tels que les TTM.SM, a été maintes fois souligné dans les études existantes (Kendrick et coll., 1994; Younes et coll., 2005; Carr et coll., 2004; Rockman et coll., 2004; Grembowski et coll., 2002). Cette situation semble appropriée puisque les antidépresseurs ou les thérapies de soutien, seuls ou combinés, sont établis comme des traitements efficaces de première ligne (Kavanagh et coll., 2006; CANMAT, 2001).

Bien que les MO interrogés estiment qu'ils prennent en charge presque tous les patients avec TTM.SM reçus en consultation, certaines variables semblent guider leur décision à cet effet. L'intérêt envers cette clientèle a d'abord été soulevé par les MO comme un puissant incitatif à leur participation. Byng (2004) appuie cette hypothèse en soutenant que, pour implanter des modèles de soins partagés, les efforts commandent de cibler davantage les MO qui ont un intérêt particulier pour la santé mentale. La diversification des lieux de pratique des MO apparaît aussi comme une variable importante associée à la prise en charge des TTM.SM. Elle contribue certainement à l'accroissement du réseau de soutien et de référence des MO. Au Québec, l'importance de la pratique des MO en milieu hospitalier (60 % y pratiquant) pourrait aussi expliquer ce constat (Savard et Rodrigue, 2007). Selon Rothman et Wagner (2003), les établissements de soins spécialisés constituent des milieux favorables à l'amélioration de l'expertise dans la prise en charge de cas complexes. Dans notre étude, à l'instar des recherches existantes, la formation médicale continue est également associée à la propension à prendre en charge les cas complexes (Wright et coll., 2005; Balanchandra, 2005; Berardi et coll., 2005; Anseau et coll., 2004).

Étonnamment, nos résultats démontrent également que les MO, qui estiment leur relation plus importante et de meilleure qualité avec les services de psychiatrie, ont moins tendance à prendre en charge les patients présentant des TTM.SM. La fluidité dans les rapports de travail pourrait ainsi constituer une porte d'évacuation facile pour les cas plus difficiles, surtout lorsque les MO se sentent peu expérimentés et peu outillés pour le suivi de ces patients (Rothman et Wagner, 2003). Cette situation est certainement exacerbée dans le contexte actuel de pénurie des ressources et d'accroissement de la demande de soins. Au contraire, la perception négative des MO de la qualité du système de santé semble être un incitatif à la prise

en charge des patients confrontés à des TTM.SM. Certaines caractéristiques spécifiques à la clientèle santé mentale, décrites un peu plus loin, pourraient aussi expliquer ce comportement chez les MO.

Si certaines conditions font hésiter les MO à prendre en charge les cas de TTM.SM, les réticences à prendre en charge les patients aux prises avec des TGP.SM sont beaucoup plus nombreuses et ont davantage été soulignées dans les études existantes. La séparation historique entre la médecine et la psychiatrie offre une explication, les soins dispensés auprès de cette clientèle étant souvent évalués par les MO comme étant trop spécialisés pour la première ligne (Crews et coll., 1998). Dans notre étude, le manque de formation, se traduisant par la fréquence de transfert de cette clientèle vers la psychiatrie, ressort comme étant la variable la plus négativement associée à la prise en charge. Dans les études existantes, l'expérience et la connaissance des MO ont été maintes fois rapportées comme des conditions répondant de leur comportement clinique (Lockhart, 2006; Stip et coll., 2007). Par ailleurs, l'habileté des MO dans le diagnostic et le traitement des TGP.SM, plus précisément de la schizophrénie, des troubles bipolaires et envers les patients présentant des tendances suicidaires, a été sérieusement remise en doute par plusieurs auteurs (Wright et coll., 2005; Burns et coll., 1997). Les patients aux prises avec des TSM, particulièrement des TGP.SM, exigeraient aussi des soins plus intensifs (moins adaptés au financement à l'acte, où la consultation est brève)⁶, et des consultations plus fréquentes (Balanchandra 2005; Kisely et coll., 2006). Par ailleurs, ils présentent souvent des comobidités ou des problèmes physiques et sociaux associées, ce qui complexifie d'autant leur suivi (Iacovides 2008, Gentil 2008, Jones et coll., 2008). D'autres raisons telles que la crainte d'agressions, l'anticipation de problèmes entre les crises et les difficultés d'adhésion au traitement de ces patients sont aussi mentionnées.

Nos résultats démontrent cependant que l'application des modèles de soins partagés, reflétée notamment dans notre étude par le suivi conjoint des patients et l'implication des MO

⁶ Par contre dans notre étude, le mode de financement semble peu associé à la prise en charge de la santé mentale en général. Le mode de financement est essentiellement ressorti comme significativement associé à la prise en charge dans nos analyses bivariées, où il semble par ailleurs relié à un profil de médecins qui pourrait être qualifié de « superactifs » d'après la typologie de Contandriopoulos et collaborateurs (2007). Shortt et Stanton (2001) dans une étude portant sur l'impact des modes de rémunération sur la pratique clinique des chirurgiens ont aussi conclu à des résultats similaires (c'est-à-dire, un impact mitigé des modes de rémunération sur la pratique clinique). Le paiement à l'acte, souvent très critiqué, est néanmoins aussi associé à des effets positifs tels que l'augmentation de la productivité et un meilleur accès aux services de santé. Par ailleurs, la capitation est souvent présentée comme le mode de rémunération le plus associé à une pratique clinique optimale (Lamarche et coll., 2003).

dans le suivi post hospitalisation, renforce la capacité des MO à prendre en charge les patients aux prises avec des TGP.SM (OMS 2001; OMS 2004; Carr et coll., 2004; Ansseau et coll., 2004; Rost et coll., 1998). Le volume des cas reçus en consultation serait aussi lié à un accroissement de la prise en charge. De même, la prépondérance à assumer le suivi pharmacologique et à dispenser des thérapies de soutien s'avère associée à la prise en charge. L'ensemble de ces constats renforce l'hypothèse soutenue (quatrième objectif de recherche) d'une tendance à la « spécialisation » d'un groupe de MO envers les patients aux prises avec des TGP.SM.

Notre recherche porte également sur les pratiques de collaboration des MO à partir des indicateurs que sont les références et les contacts. Les références sont difficiles à interpréter puisqu'ils donnent peu d'information sur leurs conséquences et leur justesse. S'ils ne sont pas effectués ou s'ils sont exécutés trop tard, la santé du patient peut se détériorer; s'ils sont faits en trop grand nombre, ils pourraient aussi quasiment être interprétés comme un « transfert de patients » (Craven et coll., 2006).

Dans notre recherche, la proportion de patients aux prises avec des TSM dirigée vers d'autres ressources, est comparable à celle rapportée dans d'autres études : de 4 à 23 % dans l'étude de Younes (2005), 23 % dans celle de Grembowski (2002), de 5 à 16 % dans celle de Valenstein (1999) et 21 % dans celle de Kates (1992). Plus spécifiquement, pour les TGP.SM, l'étude de Wright (2005) rapporte une proportion de 59 % de patients référés. Quant à la proportion des MO qui entretiennent des contacts avec d'autres professionnels de la santé mentale, Craven (2006) rapporte des variations très importantes, allant de 9 à 65 %.

Nos données font ressortir deux modèles de collaboration des MO en fonction de leur suivi des clientèles aux prises avec des TTM.SM ou des TGP.SM. Le premier est surtout un modèle de collaboration horizontale orienté vers des services complémentaires en première ligne, alors que le second exige davantage le développement d'une collaboration verticale orientée sur l'intégration entre les soins primaires et les services spécialisés (soins psychiatriques). Le rôle majeur des psychologues dans le traitement des TTM.SM a été maintes fois souligné dans les études existantes; ces derniers sont généralement rapportés comme étant la deuxième catégorie de professionnels les plus souvent consultés pour raison de santé mentale après les MO (Lesage et coll., 2006; Grenier et coll., 2008; Vines et coll., 2004). Comme pour les maladies chroniques que sont l'hypertension et le diabète, le traitement de la

majorité des patients aux prises avec des TTM.SM n'exige pas le recours à une expertise spécialisée (CANMAT, 2001). Le psychiatre demeure néanmoins un acteur incontournable dans les cas plus complexes, requérant une évaluation diagnostique, une suggestion pharmacologique ou un traitement spécialisé.

L'importance des références des cas de TGP.SM par les MO peut certainement être liée au peu de contacts établis entre ces derniers et le réseau de santé mentale. Nos analyses démontrent, à l'instar de la documentation scientifique (Lester et coll., 2005; Tweed et coll., 1998; Forrest et coll., 2002), que des conditions minimales répondent de la prise en charge des MO des cas plus complexes de santé mentale. En ce sens, le modèle des maladies chroniques et les ouvrages sur l'intégration font ressortir l'importance des stratégies multimodales ou complexes pour soutenir les MO : outils d'aide à la détection et au diagnostic des clientèles, protocoles de traitement, grilles standardisées d'évaluation des besoins, formations, algorithmes décisionnels, systèmes d'information (clinique et de gestion), monitoring systématique, questionnaires de cas, incitatifs financiers, éducation du patient, etc. (Wagner, 1998; Fleury, 2006; Fleury et coll., 2007; Fournier, Aubé, Poirier et coll., 2008). Quant aux patients souffrant de TGP.SM, ils nécessitent un suivi biopsychosocial de longue durée, qui exige plus souvent qu'autrement un ensemble d'intervenants de plusieurs organisations devant coordonner leurs actions (Balanchandra 2005; Kisely et coll., 2006).

Le peu de contacts entre les MO et les professionnels du réseau de la santé mentale, relevé dans nos résultats, fait état d'une pratique majoritaire en silos des MO au Québec. Le temps d'attente, estimé trop long pour obtenir le soutien des psychiatres, ne fait que renforcer cette tendance, de même que leur mauvaise perception générale de la collaboration interprofessionnelle et de la qualité des services en santé mentale – problèmes aussi mis en relief dans les écrits scientifiques (Rothman et coll., 2003; Younes et coll., 2005). Les MO sont également encore peu formés et préparés pour exercer en pratique de groupe et interdisciplinaire (Rothman et coll., 2003). Nos résultats démontrent, par ailleurs, que les MO qui ont peu de contacts avec d'autres professionnels ont aussi tendance à prendre en charge moins de patients souffrant de TGP.SM, et considèrent moins important de travailler en collaboration avec les psychologues. Cette situation pourrait s'expliquer par l'implantation mitigée des modèles de soins partagés au Québec, malgré qu'ils soient au cœur de la réforme des services en santé mentale en cours (MSSS, 2005b; Pawlenko 2005).

Nos analyses bivariées soulignent également que les MO en région semi rurale et rurale sont plus engagés dans la prise en charge des patients souffrant de TGP.SM, malgré qu'ils se révèlent plus isolés dans leur pratique (moins de références ou de contacts). Cette tendance à la « spécialisation » des MO en région rurale et plus éloignée a été démontrée maintes fois (Bambling et coll., 2007; Wright et coll., 2005; Gagné 2005). Nos analyses multivariées n'ont toutefois pas soutenu ce résultat, peut-être en raison de la sous-représentation des MO en région rurale dans notre échantillon. Il est tout à fait probable que les MO dans ces régions prennent le relais des psychiatres, majoritairement concentrés dans la métropole (Lafleur 2003).

Nos résultats ont enfin relevé que les lieux de pratique des MO sont différemment associés à la prise en charge des patients aux prises avec des TTM.SM, mais non des TGP.SM. En dépit du fait qu'ils facilitent l'accès aux soins (Barbeau et coll., 2001), les cliniques sans rendez-vous n'en assurent pas la continuité (Trottier et coll., 2003). Dans notre étude, les CLSC et les cliniques-réseau sont les lieux de pratique les plus fortement associés à la prise en charge des patients avec des TTM.SM, ce qui peut s'expliquer par la présence de services de santé mentale dans les CLSC, et la diversité des ressources disponibles dans les cliniques-réseau. Avec la réforme actuelle en santé, ces dernières ont aussi une responsabilité « d'orientation de la prise en charge » des clientèles orphelines dans les réseaux locaux (c'est-à-dire, clientèle sans MO), ce qui pourrait aussi contribuer à cette tendance. La classification au second rang des cliniques privées (pratique solo), dans la prise en charge des TTM.SM, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont généralement liées à une meilleure continuité des soins et à une plus grande satisfaction des patients (Pineault et coll., 2008). Quant aux milieux hospitaliers, qui se classent après les cliniques privées, la proximité des ressources psychiatriques pourrait être associée à la propension des MO à y prendre en charge les cas de TTM.SM. Contre toute attente, les GMF et les cliniques médicales (pratique de groupe) ne sont pas ressortis comme des lieux de pratique les plus associés à la prise en charge des TTM.SM. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que pour les GMF, leur déploiement est surtout axé vers les soins physiques, et pour les cliniques médicales par une pratique de groupe focalisée davantage sur des stratégies de gestion plutôt que cliniques (Pineault et coll., 2008; Stewart, 2000). Quant aux patients aux prises avec des TGP.SM, il semble que le développement de réseaux de soutien (p. ex., soins partagés) ainsi que le profil des MO (c'est-à-dire, leur savoir et

leur intérêt) influenceraient davantage les comportements de prise en charge que les lieux de pratique des MO.

5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que cette étude apporte de nombreuses nouvelles données permettant de mieux comprendre « le rôle des MO en santé mentale », nos résultats doivent être interprétés avec prudence. Premièrement, les données de l'étude sont principalement basées sur une enquête perceptuelle auprès des MO. Les données compilées de la RAMQ ont néanmoins permis, par la comparaison des données, la validation de certains résultats du questionnaire, bien que le nombre possible de comparaisons demeure restreint du fait aussi des limites de cette banque. Notamment, cette dernière est utilisée à des fins administratives; elle n'a pas été construite pour la clinique (voir à ce sujet : Ouadahi et coll., 2009a, 2009b). Les données de la RAMQ ne permettent d'explorer que les « actes » relevés par les MO. Le mode de paiement à l'acte ne représente au Québec que près de 75 % des revenus des MO. Plus particulièrement, les données de la RAMQ ne tiennent pas compte de la plupart des soins offerts en CLSC : entre 12 et 28 % des MO pratiquent en CLSC au Québec, y gagnant soit 75 % et plus (12 % des MO), soit environ 50 % de leur salaire total (28 % des MO – Savard et Rodrigue, 2007). De même, environ le quart des médecins en CHSGS qui font de l'hospitalisation et la moitié en urgence sont payés à forfait, c'est-à-dire une rémunération quotidienne et un pourcentage à l'acte (environ 45 %). En CHPSY, les MO sont aussi surtout payés selon un tarif horaire ou un honoraire fixe plutôt qu'à l'acte⁷.

Deuxièmement, la nature transversale de notre étude ne permet pas de générer des associations causales fiables entre les variables. Troisièmement, bien que nous ayons effectué de multiples tests de signification entre notre échantillon et la population des MO du Québec, il se peut que les MO ayant répondu à notre enquête aient eu un intérêt plus poussé envers la santé mentale ou la coordination des services, introduisant ainsi un préjugé favorable à l'endroit de l'étude. Quatrièmement, le nombre de MO en territoire rural dans notre échantillon était limité. Enfin, notre questionnaire n'a pas permis d'examiner « l'efficacité des interventions des MO » en santé mentale, ce qui est un thème majeur, fortement problématique

⁷ Communications avec un responsable de la FMOQ, novembre 2008.

dans les études existantes. Selon ces études, les TSM sont largement sous-dépistés et sous-diagnostiqués⁸, et ne seraient pas suffisamment traités en fonction des guides de bonne pratique ou de modélisations ayant fait leur preuve (Grembowski et coll., 2002; Ballester et coll., 2005; Katerndahl et coll., 2004; Farand et coll., 2004; Collins et coll., 2006; Fournier et coll., 2008).

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

À la lumière de nos résultats, les MO jouent un rôle central dans le traitement des TSM, bien que seule une minorité d'entre eux semble intervenir plus substantiellement auprès des patients avec des TGP.SM. La clientèle avec des TSM serait ainsi l'une des plus importantes clientèles (sinon la plus importante) en volume à se présenter pour consultation auprès des MO. Ce résultat sème le doute sur la documentation scientifique soutenant que les MO sous-détecteraient ou sous-diagnostiqueraient les TSM, surtout si ces résultats sont comparés aux données épidémiologiques sur l'utilisation des services de santé mentale. Notamment, la dernière enquête menée en 2002 par Statistiques Canada révèle qu'environ 5 % des répondants rapportent avoir consulté un MO pour des services en santé mentale dans la dernière année, le taux étant uniforme dans les différentes provinces dont le Québec (Ouadahi et coll., 2009b). Les données de notre étude rapportent une utilisation des services des MO bien supérieure à celle des études épidémiologiques, et ce selon les données de la RAMQ et notre questionnaire.

Notre étude démontre aussi que le contexte actuel n'est pas d'une façon optimale favorable à la prise en charge adéquate des patients souffrant de TSM par les MO, surtout quand ces patients présentent des TSM plus complexes. Plusieurs raisons expliquent cette situation, dont la pénurie des MO et autres ressources en santé, l'accroissement de la demande de soins, la mauvaise perception de la qualité des services et de la collaboration en santé mentale ainsi que le profil spécifique des patients souffrant de TSM (p. ex., consultant davantage, requérant plus de temps de soins). La documentation scientifique sur l'organisation des soins a aussi mainte fois souligné la trop grande autonomie accordée aux MO dans le système de santé, qui peuvent trop facilement contourner ou boycotter les réformes (Fleury et coll., 2007). À l'extérieur de la métropole, le problème d'accès aux MO pour le suivi en santé mentale (et physique) est particulièrement important, en raison de la concentration des

⁸ Voir la section qui suit (Conclusion et recommandations) où nous mettons en doute l'hypothèse soutenue dans la littérature scientifique du sous-dépistage ou sous-diagnostic des TSM par les MO.

psychiatres et des ressources psychosociales à Montréal. Plus précisément pour la clientèle aux prises avec des TGP.SM, le problème de l'équité dans l'accès aux soins revêt une importance centrale.

Pourtant la réforme en cours autour du projet de loi 83 et du PASM (MSSS, 2005a, 2005b) a mis en place un ensemble de dispositifs et d'incitatifs (p. ex., RLS, CSSS, approche populationnelle ou hiérarchisation des services, GMF, CR) visant à consolider les soins primaires, l'intégration des services et le rétablissement des personnes - soit des orientations reconnues pour favoriser l'efficacité du système socio-sanitaire et une meilleure réponse aux problèmes complexes des populations. En santé mentale, soulignons notamment le déploiement d'équipes de santé mentale dans les CSSS et la fonction de psychiatre ou d'intervenant répondant. Les RLS sont maintenant tenus responsables de répondre collectivement à l'ensemble des besoins populationnels à partir de programmes-services dont la santé mentale (c'est-à-dire, approche populationnelle), et les RUIS devraient permettre une meilleure couverture des services spécialisés à l'extérieur des grands centres (c'est-à-dire, la hiérarchisation des services). Parallèlement, l'accent a aussi été mis sur la réorganisation des pratiques cliniques par des modifications législatives (projet de loi 90, 50, 30 - Fleury et coll., 2007) ou par la promotion de modèles d'organisation de soins ayant démontré leur efficacité. En santé mentale ou auprès de clientèles vulnérables, mentionnons à titre d'illustration les soins partagés (Craven et Bland, 2006; Kates et coll., 2004), le modèle des maladies chroniques (Wagner, 1998; Fournier et coll., 2008) et les réseaux intégrés de services (Fleury, 2006; Fleury et coll., 2007 - particulièrement développés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie), qui représentent des formes différentes et tout à la fois complémentaires de dispensation de services socio-sanitaires. Des incitatifs ont aussi été mis en place ou sont en développement (négociations FMOQ-MSSS) afin de mieux arrimer l'action des MO avec les réformes en cours (Ricard, 2009).

Malgré ces efforts, la réforme actuelle semble malheureusement n'exercer qu'une action directe relativement faible sur les services non institutionnels, tels que les soins offerts par les MO (Levesque et coll., 2007; Rheault, 2008). On constate aussi le manque de plusieurs outils sur le terrain (p. ex., les systèmes d'information clinique et de gestion), et l'absence de soutien et de mobilisation à la réforme entraveraient fortement le développement d'une coordination efficace des services en santé mentale dans les RLS (Fleury et coll., 2007; Fleury

et coll., sous-presse; Vallée, Poirier et Aubé et coll., 2009). Afin d'améliorer les services de santé mentale de première ligne, nos résultats de recherche mettent ainsi en perspective les recommandations générales suivantes :

- 1) optimiser les soins dispensés en santé mentale par les MO, en améliorant leur formation ou connaissance (de base et continue) tant en santé mentale que relativement au système de santé et aux soins interdisciplinaires ou intégrés⁹;
- 2) sensibiliser les MO à l'importance d'intervenir en santé mentale et selon les guides de bonnes pratiques (quant au dépistage, au diagnostic, au traitement et au travail en collaboration);
- 3) mettre en place des incitatifs financiers à la prise en charge par les MO des clientèles souffrant de TSM et promouvoir des incitatifs cliniques à l'amélioration de l'intégration des soins, précisément pour la clientèle présentant des troubles plus complexes;
- 4) implanter des solutions (transitoires et permanentes) pour combler le problème de pénurie des MO et les difficultés d'accès aux soins des clientèles les moins favorisées – tel que les patients souffrant de TGP.SM (ou comorbidités) qui semblent moins desservis par les MO;
- 5) améliorer l'intégration des soins de santé mentale en soutenant davantage le déploiement de modèles : soins chroniques, soins partagés et réseaux intégrés de services – selon le type de clientèle (TTM.SM ou TGP.SM; mobilisant de larges équipes psychosociales ou encourageant essentiellement des corridors d'accès facilités aux psychiatres) et l'intensité d'intégration à déployer;
- 6) investir à la fois dans la consolidation de l'intégration horizontale des services (coordination des soins primaires – continuum biopsychosocial) et celle de l'intégration verticale (coordination entre les lignes de services : soins primaires et services spécialisés);
- 7) soutenir davantage l'évaluation pour mieux comprendre la structuration des soins en santé mentale de première ligne, les conditions facilitant ou entravant une optimisation de ces soins, et le déploiement des meilleurs modèles à mettre en œuvre pour améliorer

⁹ Cependant, des études scientifiques questionnent l'efficacité d'une stratégie unique favorisant la formation (Fournier et coll., 2008). Cette dernière doit être insérée dans des stratégies multimodales (ou complexes et systémiques) d'amélioration des soins et du système socio-sanitaire.

l'efficience d'ensemble du processus de soins (c'est-à-dire, incluant les services spécialisés).

Cette réforme n'en est qu'à ses débuts d'implantation. Or, les médecins, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes, sont souvent reconnus pour leur résistance à adhérer aux changements. Il sera donc d'autant plus important de s'intéresser à l'évaluation des transformations et au rôle pivot des MO en santé mentale au cours des prochaines années.

7. RÉFÉRENCES

Anderson RL, Lewis DA. Clinical characteristics and service use of persons with mental illness living in an intermediate care facility. *Psychiatric Services*. 1999;50: 1341-1345.

Ansseau M, Dierick M, Buntinx F et coll. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004;78:49-55.

Anthony WA. Integrating Psychiatric Rehabilitation into Managed Care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1995;10:1-12.

Balanchandra K. How bipolar disorders are managed in family practice. *Canadian Family Physician*. 2005;51:535-537.

Ballester DA, Filippon AP, Braga C et coll. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Med J*. 2005;123:72-76.

Bambling M, Kavanagh D, Lewis G et coll. Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Journal Compilation*. 2007;15:126-130.

Barbeau, D, Perron S, Ouellet V et coll. Un regard critique sur les services de consultation sans rendez-vous. *Le médecin du Québec*. 2001; 36(1): 71-75.

Berardi D, Menchetti M, Cevenini N et coll. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom*. 2005;74:225-30.

Burns LR, Bazzoli GJ, Dynan L et coll. Managed care, market stages and integrated delivery systems: is there a relationship. *Health Affairs*. 1997;16:204-218.

Byng R, Jones R, Leese M et coll. Exploratory cluster randomized controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *British Journal of General Practice*. 2004;54:259-266.

Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE et coll.. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39:78-84.

Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Sondage national auprès des médecins. Diffusions des données régionales du sondage national 2004 auprès des médecins. Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2005.

Collins KA, Wolfe VV, Fisman S et coll. Managing depression in primary care, *Canadian Family Physician*. 2006:878-879.

Commission Castonguay. Le Rapport de la commission Castonguay. Québec, Gouvernement du Québec. 2008.

Contandriopoulos AP., Fournier MA, 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'œuvre médicale au Québec. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS): Ottawa (Ontario).

Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration: Une analyse des données existantes, in *La revue canadienne de psychiatrie*. 2006.

Crews C, Batal H, Elasy T et coll. Primary care for those with severe and persistent mental illness. *West J Med*. 1998;169: 245-250.

Dewa CS, Rochefort DA, Rogers J et coll. 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*. 2003;2:43-54.

Engstrom S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2001;19:131-144.

Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health*. 2004; 95:357-60.

Fleury MJ et Grenier G. Historique et enjeux du système de santé mentale. *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*. 2004;10(1): 21-38.

Fleury MJ. Integrated service networks: the Quebec case. *Health Serv Manage Res*. 2006;19:153-165.

Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H et Bordeleau L. Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation, Montréal, Gaëtan Morin, 2007, 513 p.

Fleury MJ, Béland F, Cazale L, Touati N, en collaboration avec Rheault S. Les réseaux intégrés de services: réflexions tirées d'expériences québécoises. *Le Point en Administration de la santé*. Sous presse.

Forrest CB, Majeed A, Weiner JP et coll. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *Bmj*. 2002;325:370-371.

Fournier L, Aubé D, Roberge P, Lessard L, Duhoux A, Caulet M et Poirier LR. Vers une première ligne forte en santé mentale: Messages clés de la littérature scientifique. Québec. Institut national de santé publique du Québec. 2008.

Gagné MA. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Mississauga, Ontario, 2005.

Gentil V. Introduction to bipolar disorder and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jan;69(1).

Grembowski D, Martin D, Patrick DL et coll. Managed Care, Access to Mental Health Specialists, and Outcomes Among Primary Care Patients with depressive symptoms. *Journal of General Internal Medicine Subscribers*. 2002;17:258-269.

Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Canadian Family Physician*. 2008;54(2):232-3.

Horner D, Asher K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: working model. *Australasian Psychiatry*. 2005;13:176-180.

Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jul;21(4):417-21.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Répartition géographique des médecins au Canada: au-delà du nombre et du lieu. Ressources humaines de la santé. Institut canadien d'information sur la santé. 2005; 2.

Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry*. 2000; 23:277-291.

Jones BJ, Gallagher BJ 3rd, Pisa AM, McFalls JA Jr. Social class, family history and type of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2008;30;159(1-2):127-32.

Katerndahl D, Ferrer RL. 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*. 2004; 6:147-151.

Kates, N., Craven, M., Webb, S., Low, J., Perry, K. Case reviews in the family physician's office. *Can J Psychiatry*. 1992;37:2-6.

Kates N, Fugere C, Farrar S. Family physician satisfaction with mental health services: findings from a community survey. *CPA bulletin*. 2004;36:10-14.

Kavanagh M, Beaucage C, Cardinal L, Aubé D. La dépression majeure en première ligne: les impacts cliniques des stratégies d'intervention. Institut National de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. 2006.

Kendrick T, Burns T, Freeling P et coll.. Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices. *Br J Gen Pract*. 1994;44:301-305.

Kisely S, Duerden D, Shaddick S et coll. Collaboration between primary care and psychiatric services. *Canadian Family Physician*. 2006;876-877.

Kushner K, Diamond R, Beasley JW et coll. Primary care physicians' experience with mental health consultation. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:838-840.

Lafleur PA. Le métier de psychiatre au Québec. *L'information psychiatrique*, 2003. 79(6): 503-510.

Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, 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.

Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA et coll. 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. 2006, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.

Lester EH, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Bmj*. 2005;330:1122.

Levesque JF, Roberge D, Pineault R. La première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec (chapitre 3), dans Fleury MJ et coll., *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*, Montréal, Gaëtan Morin Publisher. 2007, pp.63-78.

Lockhart C. Collaboration and referral practices of GPs and community mental health workers in rural and remote Australia. *Journal Compilation*, 2006;14: 29-32.

Marriott J, Mable AL. Integrated Health Organizations in Canada: Developing the Ideal Model. *HealthcarePapers*. 2000;1:76-87.

Meadows GN. Establishing a collaborative service model for primary mental health care. *The Medical Journal of Australia*. 1998;168:162-165.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Projet de loi 83*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005a.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec, Gouvernement du Québec, 2005b.

Nelson G. (sous presse). Mental health policy in Canada. In A. Westhues (Ed.), *Canadian social policy* (4th Ed.). Waterloo, ON: Université Wilfrid Laurier.

Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé: Genève; 2001.

Organisation mondiale de la santé (OMS). 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*. 2004; 291:2581-2590.

Ouadahi Y, Lesage A, Fleury MJ. Rôle des médecins de famille : Volet données administratives 2002 et 2006. Rapport de recherche. Québec. Douglas Institut Universitaire en santé mentale, 2009.

Ouadahi Y, Lesage A, Fleury MJ et Rodrigue J. *À bas les mythes!* Les médecins de famille et la santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale. Printemps 2009.

Pawlenko N. Collaborative Mental Health Care in Primary Health Care Settings Across Canada. A Policy Review, Canadian Collaborative Mental Health Initiative. Working Paper for the CCMHI. 2005.

Pineault R, Levesque JF, Roberge D et coll. L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche soumis aux Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). MSSS. Québec. 2008.

Rheault S, et coll. (2008), *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, Numéros 61 à 67 et 70-71, Québec, MSSS, Gouvernement du Québec.

Ricard J. Négociation FMOQ-MSSS et impact potentiel sur la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale. Printemps 2009

Rockman P, Salach L, Cord M et coll. Shared mental health care. Models for supporting and mentoring family physicians. *Canadian Family Physician*. 2004; 50:397-402.

Rost K, Zhang M, Fortney J et coll.: Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20:12-20.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:256-262.

Savard I, Gaucher S, Rodrigue J et coll. Les Médecins de famille de nouveau sous la loupe. *Le Médecin du Québec*. 2005; 40 :105-116.

Savard I, Rodrigue J. 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. 2007.

SNM. Sondage national des médecins. Annexe aux documents d'information régionaux relatifs au Sondage national des médecins 2007 (SNM). Le collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. 2007

Starfield B. Primary care visits and health policy. *Canadian medical association journal*. 1998;159:795-796.

Stephens T, Joubert N. Le fardeau économique des problèmes de santé mentale. Les maladies chroniques au Canada. 2001;22.

Stewart J. Primary Care Reform in Canada: An Overview: Canada West Foundation; March 2000.

Stip E, Boyer R, Sepehry AA et coll.: On the front line: survey on shared responsibility. GPs and schizophrenia. *Sante Ment Que*. 2007;32:281-97.

Swindle RW, Rao J K, Helmy A. et coll. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33:17-37.

Shortt, SED, Stanton S. Does hanging the Way Doctors are Paid Change the Way They Practice? Evidence from an Ontario Academic Health Science Centre, Report, Canadian Health Research Foundation, June 2001.

Trottier LH, Fournier MA, Diene CP, Contandriopoulos AP. Les soins de santé primaires au Québec: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Secteur de santé publique. Faculté de médecine. Université de Montréal; 2003.

Tweed DL, Goering PRN, Lin E et coll.: Psychiatric Morbidity and Physician Visits: Lessons From Ontario. *Medical Care*. 1998;36: 573-585.

Vallée C, Poirier LR et Aubé D, Fournier L, Caulet M et Roberge P. Contexte de mise en œuvre du Plan d'action québécois en santé mentale. Éléments affectant l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale. Printemps 2009.

Vines RF, Richards JC, Thomson DM, Brechman-Toussaint M, Kluin M, Vesely L. Clinical psychology in general practice: a cohort study. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(2):74-7.

Watson D, Krueger H. Primary Health Care Experiences and Preferences: Research highlights. L'Université de la Colombie-Britannique. 2005:1-14.

Wright M, Harmon KD, Bowman JA et coll. Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, need and relationships with mental health services. *Australian Journal Rural Health*. 2005;13:21-27.

Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* 1998;1(1):2-4.

Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet, M.-P., Kovess, V., Falissard, B., Bayle, H. M.-C., General practitioners' opinion on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005;6.

8. TABLEAUX

Tableau 1. Résumé des domaines et items explorés

Caractéristiques sociodémographiques des médecins omnipraticiens (MO)

Âge, sexe

Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme

Proportion de revenu par acte, salaire mensuel et tarif horaire

Nombre d'heures travaillées par semaine*

Nombre de lieux de pratique*

Nombre de séances de formation médicale continue (FMC) en santé mentale auxquelles vous avez participé dans les 12 derniers mois*

Ces séances ont-elles amélioré vos connaissances en santé mentale?

Ces séances ont-elles amélioré vos habiletés dans la prise en charge des patients avec troubles de santé mentale?

Ces séances ont-elles amélioré votre collaboration avec d'autres professionnels en santé mentale?

Caractéristiques des patients

Nombre des patients reçus par semaine

Proportion des patients atteints de maladies mentales reçus par semaine

Parmi les patients avec troubles de santé mentale (TSM), proportion de ceux ayant des troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM) (p. ex., schizophrénie, troubles bipolaires)

Parmi les patients souffrant de TSM, proportion de ceux ayant des troubles temporaires et modérés de santé mentale (TTM.SM) (p. ex., troubles d'adaptation, anxiété, dépression)

Parmi les patients souffrant de TSM, proportion de ceux ayant des comorbidités (abus de substances, troubles physiques, déficience intellectuelle)

Parmi les patients avec TTM.SM, proportion de ceux ayant des troubles anxieux, des troubles dépressifs, dépression ou anxiété, troubles de la personnalité, troubles d'adaptation, troubles d'abus de substances

Caractéristiques de la pratique clinique

Importance attribuée à la prise en charge des patients souffrant de TGP.SM comparé à ceux atteints de TTM.SM**

Proportion des patients pris en charge pour des cas de TGP.SM comparativement à des cas de TTM.SM parmi ceux qui consultent pour des TSM

Parmi les patients pris en charge pour des cas de TGP.SM comparativement à des cas de TTM.SM, proportion des consultations liées au suivi de la médication, à la thérapie de soutien, à la psychothérapie

Nombre de fois par an que vous recevez votre patient souffrant de TGP.SM comparé à celui atteint de TTM.SM

Délai pour recevoir votre patient qui appelle lors d'une situation de crise

Lorsque vous suivez un patient souffrant de TSM conjointement avec d'autres professionnels, quelle est votre appréciation des outils cliniques ou des stratégies de collaboration suivants : formulaires standardisés de référence, rapport de consultation, protocoles de suivi de la médication, algorithme d'intervention, donner accès à votre clinique à un professionnel de santé

de garde, suivi téléphonique des patients?

Caractéristiques de la pratique clinique

Lorsque vous suivez un patient souffrant de TSM conjointement avec d'autres professionnels, quelle est la fréquence de vos contacts avec le psychiatre, l'équipe de psychiatrie, les professionnels des CLSC ou les psychologues en cabinets privés?

En cas d'hospitalisation de votre patient souffrant de TSM, quelle est la fréquence de votre implication dans les processus suivants : admission aux urgences, élaboration d'un plan de traitement (incluant la médication), la planification de la sortie, le suivi posthospitalisation?

Quelle est votre appréciation de vos relations avec les professionnels suivants : personnel des urgences, personnel des services psychiatriques, personnel de santé mentale des CLSC, intervenants psychosociaux des CLSC, psychologues en cabinets privés, professionnels des centres de crise, personnel des organismes communautaires?

En cas de prise en charge des patients souffrant de TGP.SM comparativement à ceux atteints de TTM.SM, comment appréciez-vous l'importance de travailler en collaboration avec le personnel des urgences, le personnel des services psychiatriques des hôpitaux, le personnel de santé mentale des CLSC, les intervenants psychosociaux des CLSC, les psychologues en cabinets privés, les travailleurs des centres de crise, le personnel des organismes communautaires?

Collaboration entre MO et autres professionnels

Nombre de patients souffrant de TGP.SM comparativement à ceux atteints de TTM.SM référés vers d'autres ressources par semaine

Proportion des patients référés vers les urgences, les cliniques externes de psychiatrie, les services de santé mentale des CLSC, les services psychosociaux des CLSC, les cabinets privés des psychologues, les centres de crise ou les organismes communautaires

Fréquence des références des patients (TGP.SM comparé à TTM.SM) expliquée par une évaluation diagnostique, une suggestion de traitement pharmacologique, un suivi conjoint avec un psychiatre, un transfert vers un service de psychiatrie ou un suivi conjoint avec d'autres ressources

Fréquence des transferts des patients expliqués par la complexité des cas, la gravité des cas, le manque d'expertise en santé mentale, le manque de soutien de la part des psychiatres, l'insuffisance des incitatifs financiers ou le manque d'intérêt pour la santé mentale

Perception des MO sur la qualité des services de santé mentale

Pour vos patients souffrant de TSM, quelle est votre appréciation : de l'accessibilité géographique des services, de l'accessibilité des services quant aux heures d'ouverture, de l'accessibilité aux différentes catégories de professionnels, de la quantité des services disponibles, de la diversité des services disponibles, de la continuité des services et de la qualité globale des services?

Délai pour recevoir l'aide d'un psychiatre lorsque vous demandez son expertise

Opinion des MO sur les stratégies de promotion d'une meilleure intégration des soins

Parmi les outils et les stratégies de collaboration interprofessionnelle suivants, lesquels devrait être développés?

1) Outils de travail clinique : rapports de consultation, rapports d'hospitalisation, formulaires standardisés de références;

- 2) Formation médicale continue et soutien à la consultation par les psychiatres;
- 3) Stratégies destinées à améliorer la continuité, l'intégration et l'accessibilité dans le système de santé mental :
 - a) donner accès à votre clinique à un autre professionnel de santé qui exerce dans le même territoire : psychologues des CLSC ou des cabinets privés, intervenants psychosociaux des CLSC, intervenants pivot et agents de liaison;
 - b) donner accès à votre clinique à un psychiatre, pour des consultations téléphoniques, de 9 à 5, du lundi au vendredi;
 - c) donner accès à votre clinique à un psychiatre de garde dans une clinique externe pour des consultations semi urgentes par téléphone, de 9 à 5, du lundi au vendredi;
 - d) donner accès à votre clinique à un psychiatre pour des consultations une fois par mois

* Peut aussi être classé parmi les caractéristiques de pratique clinique

** Peut aussi être classé parmi les caractéristiques sociodémographiques des MO

Tableau 2. Comparaison de notre échantillon de médecins omnipraticiens (MO) avec l'ensemble des MO du Québec, et des MO du Québec avec ceux du Canada

	Échantillon (%)	Tous les MO du Québec (%)	Échantillon en comparaison avec tous les MO du Québec			MO du Canada (%)	MO du Québec comparé à MO du Canada		
			X ²	dl	p		X ²	dl	p
Classes d'âge			20,00	16	0,22		20,000	16	0,22
<35	8,3	13,7				13,25			
35-44	32,9	27,5				30,95			
45-54	41,5	35,0				32,6			
55-64	14,6	18,3				17,35			
65+	2,8	5,5				5,85			
Distribution par sexe			3,44	1	0,06		1,32	1	0,250
Hommes	48,7	55,1				63,3			
Femmes	51,3	44,9				36,7			
Lieux de pratique									
Cabinets privés	80,1	69,8	2,67	1	0,10				
CLSC	23,6	27,3	0,24	1	0,63				
Hôpitaux	49,4	57,3	1,28	1	0,26				
Services d'urgence	17,3	25,2	1,93	1	0,16				
Territoires de pratique			1,34	1	0,25		2,49	1	0,11
Urbain	66,3	74,9				84,2			
Non urbain	33,7	25,1				15,8			
Hôpital universitaire dans le territoire de pratique			1,29	1	0,26				
Oui	51,0	58,6							
Non	49,0	41,4							
Proportion de revenu par tarif à l'acte	65,0	74,0	1,90	1	0,17	51,0	1,28	1	0,257
Proportion de patients avec troubles de santé mentale dans la clientèle du MO	24,9	20,0	0,47	1	0,49				

Tableau 3. Quelques caractéristiques importantes de la clientèle et de la pratique clinique des médecins omnipraticiens (MO)

		Fréquence
Âge moyen des MO [Moyenne (ET)]		48 (±9)
Heures de travail par semaine [Moyenne (ET)]		43 (13)
Proportion des consultations liées aux troubles de santé mentale par semaine [Moyenne (ET)]		25
Nombre de lieux de pratique		2 (±1)
Proportion de patients reçus par semaine (%)	Sur rendez-vous	68,0
	Sans rendez-vous	32,0
	Total	90 (±42)
Proportion des patients avec troubles de santé mentale et co-morbidité (%)	Abus de substances	10,0
	Troubles somatiques	19,0
	Déficience intellectuelle	4,0
	Total	33,0
Parmi les patients qui consultent le MO pour troubles de santé mentale, proportion de diagnostics de TGP.SM comparé à TTM.SM (%)	Avec TGP.SM	12
	Avec TTM.SM	88
Proportion des patients pris en charge (%)	Avec TGP.SM	34
	Avec TTM.SM	71
Nombre de fois par an qu'un MO reçoit son patient souffrant de troubles de santé mentale [Moyenne (ET)]	Avec TGP.SM	6 (±5)
	Avec TTM.SM	8,9 (±6)
Proportion des MO qui reçoivent leurs patients en moins de 48 heures dans un contexte de crise (%)		79,0

Tableau 3. Quelques caractéristiques importantes de la clientèle et de la pratique clinique des médecins omnipraticiens (MO) (suite)

		Fréquence
Parmi les patients qui consultent un MO par semaine pour troubles de santé mentale, proportion des cas référés vers d'autres ressources	Avec TSP.SM	70,0 % (± 17)
	Avec TTM.SM	3,0% (± 3)
Motifs de transferts des patients avec troubles de santé mentale	sévérité des cas	94,0%
	Complexité des cas	93,0%
	Manque de soutien de la part des psychiatres	63,0%
	Manque d'expertise en santé mentale	59,0%
	Manque d'intérêt en santé mentale (à l'occasion, souvent)	17,1%
	Incidatifs financiers insuffisants (à l'occasion, souvent)	17,6%
Proportion des MO qui s'impliquent dans les procédures d'hospitalisation de leurs patients souffrant de troubles de santé mentale	Admission aux services d'urgence	43,0%
	Planification du traitement	17,0%
	Procédures de sortie	10,0%
	Suivi post-hospitalisation	70,0%
Temps d'attente moyen (jours) pour qu'un MO ait accès à un psychiatre		60 (± 45)

Tableau 4. Distribution des médecins omnipraticiens (MO) selon les proportions, dans leur clientèle, des patients souffrant de troubles de santé mentale (PTSM), reçus en consultation en comparaison avec ceux pris en charge

	TMM.SM		TGP.SM	
<i>% des PTSM dans la clientèle des MO</i>	<i>Répartition des MO selon la consultation des PTSM [n (%)]</i>	<i>MO qui prennent en charge les PTSM [n (%)]</i>	<i>Répartition des MO selon la consultation des PTSM [n (%)]</i>	<i>MO qui prennent en charge les PTSM [n (%)]</i>
0	8 (2.0)	44 (11.1)	29 (7.3)	93 (23.4)
1-74	280 (70.4)	42 (10.5)	366 (92.0)	204 (51.3)
75-100	110 (27.6)	312 (78.4)	3 (0.8)	101 (25.4)
Total	398 (100)	398 (100)	398 (100)	398 (100)

Tableau 5. Stratégies de collaboration privilégiées par les MO

<i>Stratégies</i>	<i>Important/Très important (%)</i>
Rapport de consultation avec recommandations	99,5
Rapport d'hospitalisation avec recommandations	99,5
Accès à un psychiatre pour des consultations semi urgentes en cliniques externes de psychiatrie	97,9
Possibilité pour le patient de revoir le même psychiatre	96,8
Accès à un psychiatre pour des consultations téléphoniques de 9 à 5, du lundi au vendredi	95,1
Identification d'un psychiatre responsable d'un ensemble de cliniques médicales	82,6
Accès à un psychiatre dans votre clinique pour des demandes de consultation pour votre clientèle	78,6
Séances de formation et de soutien à la consultation données dans votre clinique aux médecins par un psychiatre	78,4
Formulaires de référence standardisés	69,4
Donner l'accès à un psychiatre dans votre clinique pour des demandes de consultation pour votre clientèle	
1 fois aux 2 semaines	38,6
1 fois par mois	48,2
1 fois aux 3 mois	13,2
Donner l'accès à un psychiatre dans votre clinique pour des séances de formation et de soutien à la consultation	
1 fois par mois	28,3
1 fois aux 3 mois	71,7
Accès facilité aux professionnels de la santé du territoire	
Psychologues des CLSC	96,4
Psychologues des cabinets privés	86,4
Intervenants psychosociaux autres que les psychologues des CLSC	91,7
Gestionnaires de cas/intervenants-pivots	82,1
Agents de liaison	83,0

Tableau 6. Stratégies de collaboration non privilégiées par les médecins omnipraticiens (MO)

<i>Stratégies</i>	<i>Pas du tout important/Peu important (%)</i>
<i>Accès à un psychiatre pour des consultations téléphoniques :</i>	
Le soir, du lundi au vendredi	45,4
Les fins de semaine	46,6
<i>Accès à un psychiatre pour des consultations semi urgentes en cliniques externes de psychiatrie :</i>	
Le soir, du lundi au vendredi	62,6
Les fins de semaine	65,4

Tableau 7. Rapport des médecins omnipraticiens sur la formation médicale continue (FMC) et leur appréciation du système de santé, des outils cliniques et des stratégies de suivi conjoint

FMC suivie dans les 12 mois avant l'enquête [N = 319 (82,0)]		
Nombre moyen de jours consacrés à la FMC [(Moyenne (DS))]		3 (3)
Perception que ces FMC ont amélioré leurs connaissances en santé mentale:	moyennement (%)	69
	beaucoup (%)	16
Perception que ces FMC ont amélioré leur habilité à prendre en charge les patients souffrant de troubles de santé mentale	moyennement (%)	60
	beaucoup (%)	17
Perception que ces FMC ont amélioré la collaboration avec les autres professionnels	Oui (%)	65
	Non (%)	35
Proportion des MO qui estiment adéquats les items suivants relatifs au système de santé mentale		%
Qualité globale du système de santé mentale		55,0
Accessibilité géographique		64,0
Heures d'ouverture		59,0
Diversité des services		54,0
Continuité des services		46,0
Disponibilité des services		35,0
Accessibilité aux professionnels de santé mentale		27,0
MO qui estiment que les outils cliniques ou les stratégies de suivi conjoint suivants sont adéquats ou très adéquats et ceux pour qui la question ne s'applique pas	Adéquats Très adéquats (%)	Non applicable (%)
Protocoles de médicaments	49,0	22,6
Protocoles pour le suivi du traitement	43,5	21,8
Plans d'intervention	48,0	21,0
Rapports de consultation	81,7	6,5
Formulaires standardisés des références	45,2	35,2
Suivi téléphonique des patients	41,2	19,8
Accès téléphonique à des professionnels de garde	54,5	11,6

Tableau 8. Destinations de transfert des patients souffrant de troubles de santé mentale (TSM), motifs de références, intérêt des médecins omnipraticiens (MO) pour la santé mentale et principales raisons de la prise en charge des patients souffrant de TSM (PTSM)

	TGP.SM (%)	TTM.SM (%)	χ^2	dl	P
Destinations de transfert des PTSM					
Services d'urgence des hôpitaux	26,8	9,0	10,98	1	<0,001
Cliniques externes de psychiatrie	22,2	13,5	2,17	1	0,141
Services de santé mentale des CLSC	10,7	8,8	0,22	1	0,637
Services psychosociaux des CLSC	8,2	20,3	5,98	1	0,014
Cabinets des psychologues	5,0	31,1	22,90	1	<0,001
Centres de crise	3,7	4,0	0,00	1	1,000
Organismes communautaires	3,8	3,1		1	0,700
Motifs de références de PTSM					
Évaluation diagnostique	81,7	62,7	9,05	1	0,003
Suggestions pour traitement pharmacologique	84	70,7	4,85	1	0,028
Suivi conjoint avec les psychiatres	75,5	41,6	23,89	1	<0,001
Transfert des patients vers le service de psychiatrie	65,2	23,9	34,03	1	<0,001
Suivi conjoint avec d'autres ressources	70,4	78,9	2,13	1	0,144
Intérêt des MO pour la santé mentale					
MO qui considèrent la santé mentale comme un problème très important	46,0	74,0	16,33	1	<0,01
Principales raisons de la prise en charge des PTSM					
Suivi de la médication	49,0	61,0	2,91	1	0,07
Thérapie de soutien	35,0	59,0	11,56	1	<0,01
Psychothérapie	8,0	17,0	3,70	1	0,05

Tableau 9. Satisfaction des médecins omnipraticiens (MO) concernant leurs relations interorganisationnelles et importance qu'ils attribuent à celles-ci

Relations avec :	Satisfaction des MO concernant leurs relations interorganisationnelles		Importance attribuée par les MO à leurs relations interorganisationnelles				
	<i>Satisfaits ou très satisfaits (%)</i>	<i>Non applicable (%)</i>	Lorsqu'ils traitent les patients souffrant de (%)	x ²	dl	P	
			TGP.SM	TTM.SM			
Centres hospitaliers :							
Services d'urgence	70,4	8,5	88,3	61,5	18,80	1	<0,001
Psychiatres			99,2	80,1	19,21	1	<0,001
Services de psychiatrie	56,5	4,1	94,7	70,7	20,41	1	<0,001
CLSC :							
Équipes de santé mentale	51,5	17,6	90,3	77,3	6,13	1	0,013
Services psychosociaux	55,5	13,3	88,6	84,7	0,71	1	0,400
Cabinets de psychologues	64,6	21,4	79,8	89,1	3,09	1	0,079
Centres de crise	43,2	39,7	84,1	68,6	6,26	1	0,012
Organismes communautaires	42,0	42,0	70,5	60,4	2,35	1	0,126

Tableau 10. Variables indépendamment associées à la prise en charge, par les médecins omnipraticiens (MO), des patients avec troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM)

		Bêta	Test t	P
Profil de MO	Nombre d'années depuis la graduation	0,27	1,898	0,03
	Importance perçue de la prise en charge des patients avec TTM.SM	8,77	3,730	0,01
	Nombre de lieux de pratique	5,77	4,040	0,01
	Perception que la formation médicale continue en santé mentale a augmenté ses habiletés dans la prise en charge des patients avec TTM.SM	2,41	0,398	0,01
Caractéristiques des patients et de la pratique clinique des MO	Proportion des patients avec TTM.SM dans la clientèle du MO	0,21	4,043	<0,01
	Spécifiquement ceux qui souffrent de dépression et anxiété	0,23	2,656	0,01
	Spécifiquement ceux qui souffrent de comorbidité troubles de santé mentale/abus de substances	-0,25	-0,083	0,03
	Proportion des consultations liées au suivi pour médication	0,15	1,718	0,01
	Proportion des consultations liées à la thérapie de soutien	0,21	4,959	<0,01
	Nombre de fois par an que vous recevez en consultation votre patient avec TTM.SM	1,24	5,248	<0,01
Perception des MO concernant leurs relations interprofessionnelles	Importance perçue de travailler en collaboration avec l'équipe de psychiatrie des hôpitaux	-4,41	-3,597	0,01
	Qualité perçue des relations avec l'équipe de psychiatrie des hôpitaux	-2,23	-2,158	0,05

F = 40,794 (p = <0,0001); R² = 0,566

Tableau 11. Variables indépendamment associées à la prise en charge par les médecins omnipraticiens (MO), des patients avec troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM)

		Bêta	Test t	P
Aspects relatifs aux relations interorganisationnelles	Fréquence des références pour suivi conjoint avec d'autres ressources	5,49	3,76	0,002
	Fréquence d'implication du MO dans le suivi posthospitalisation de son patient	2,83	2,15	0,029
Caractéristiques de la pratique clinique des MO	Proportion des patients souffrant de TGP.SM parmi les personnes avec des troubles de santé mentale qui consultent le MO	0,61	5,45	<0,001
	Proportion des consultations liées au suivi pour médication	0,26	5,87	<0,001
	Proportion des consultations liées à la thérapie de soutien	0,19	4,24	<0,001
Manque d'expertise en santé mentale	Fréquence des transferts aux services de psychiatrie en raison du manque de formation	-10,60	-7,06	<0,001

F = 45,880 (P <0,001); R² = 0,43

Tableau 12. Variables indépendamment associées à la fréquence des références des patients présentant des troubles de santé mentale, par les médecins omnipraticiens (MO)

		Bêta	Test t	P
Profils sociodémographiques des MO	Nombre d'années depuis la graduation	-0,05	-1,93	0,055
Caractéristiques des patients et pratique clinique des MO	Proportion de patients avec comorbidité troubles de santé mentale/abus de substances	0,13	5,37	<0,001
Aspects relatifs aux relations interorganisationnelles	Concernant les patients souffrant de TGP.SM, fréquence des références pour suggestion pharmacologique	0,62	2,22	0,027
	Concernant les patients avec TTM.SM, fréquence des références pour transfert vers les services de psychiatrie	0,84	2,59	0,010
	Concernant les patients avec troubles de santé mentale, fréquence de l'implication du MO dans le suivi posthospitalisation	-0,37	-1,68	0,095
Importance perçue des relations interorganisationnelles	Concernant les patients avec TTM.SM, perception par le MO de la qualité de sa relation avec le psychiatre	1,24	2,33	0,020
	Concernant les patients avec TTM.SM, perception par le MO de la qualité de sa relation avec l'équipe de psychiatrie	-0,98	-2,08	0,038
	Concernant les patients avec TTM.SM, perception par le MO de la qualité de sa relation avec les services psychosociaux des CLSC	0,87	2,27	0,024

F=9,901 (p<0,001); R²=0,178

Tableau 13. Variables indépendamment associées à la fréquence des contacts entre les médecins omnipraticiens (MO) et les autres professionnels de santé mentale

		Bêta	Test t	P
Profils sociodémographiques des MO	Nombre de séances de formation médicale continue auxquelles le MO a participé au cours des 12 derniers mois	0,01	2,82	0,005
	Proportion de consultations consacrées à la thérapie de soutien	-0,01	-1,93	0,054
Caractéristiques des patients et de la pratique clinique des MO	Proportion de patients avec comorbidité santé mentale/déficiência intellectuelle	0,01	2,77	0,006
	Qualité perçue de la relation avec l'équipe de psychiatrie	0,02	2,26	0,024
Qualité et importance des relations interorganisationnelles	Qualité perçue de la relation avec le personnel des centres de crise et des organismes communautaires	0,01	1,78	0,075
	Délai pour obtenir une expertise de la part d'un psychiatre	-0,01	-2,51	0,013
Perception des MO sur la qualité des services	Appréciation sur la quantité des services disponibles	0,04	2,79	0,005

F=10,405 (P<0,0001); R²=0,161

Tableau 14. Profils cliniques et covariables indépendamment associés à la prise en charge des patients souffrant de troubles transitoires et modérés de santé mentale (TTM.SM) en fonction des lieux majoritaires de pratique

	B	t	Sig	IC 95 %	
Modèle				Limite inf.	Limite sup.
(Constante)	35,969	7,101	<0,001	26,009	45,928
Profils					
Pratique solo en cabinets privés	13,651	3,001	0,003	4,706	22,595
Pratique de groupe dans une clinique médicale	9,377	2,205	0,028	1,014	17,739
CLSC	16,198	3,114	0,002	5,969	26,426
GMF	9,914	2,324	0,021	1,525	18,303
Cliniques-réseau	16,160	2,479	0,014	3,342	28,979
Centres hospitaliers	12,371	2,653	0,008	3,203	21,539
Co-variables					
Nombre de patients reçus en consultation	0,059	1,700	0,090	-0,009	0,126
Proportion de patients avec comorbidité TGP.SM/abus de substances	-0,525	-4,046	<0,001	-0,780	-0,270
Perception que les relations avec les psychologues sont excellentes	3,406	3,254	0,001	1,348	5,464
Perception que les relations avec les centres de crise sont excellentes	-1,974	-2,128	0,034	-3,798	-0,150
Délai pour obtenir une expertise de la part d'un psychiatre	0,063	2,078	0,038	0,003	0,122
Thérapie de soutien pour TTM.SM	0,410	10,643	<0,001	0,334	0,485

R² : 0,434; F=24,407; P<0,001

Tableau 15. Variables indépendamment associées à la prise en charge des patients souffrant de troubles graves et persistants de santé mentale (TGP.SM) en fonction des lieux majoritaires de pratique

Modèle		B	t	P	IC à 95 %	
					Limite inférieure	Limite supérieure
	(Constante)	26,646	7,580	<0,001	19,735	33,557
Covariables	Perception que les relations avec les psychologues sont excellentes	-2,724	-2,291	0,022	-5,061	-0,386
	Thérapie de soutien pour TGP.SM	0,417	9,047	<0,001	0,326	0,508

R^2 : 0,174; F=41,407; P<0,001

9. ANNEXES

9.1. ACTIVITÉS DE TRANSFERT DE CONNAISSANCES LIÉES AU PROJET DE RECHERCHE (mise à jour : juin 2009 – Consulter le site Web suivant : <http://www.douglasrecherche.qc.ca/groups/adequation/studies/study-practitioners.asp?l=f>)

A) PRÉSENTATIONS

A.1) Présentations devant des auditoires académiques

1) Fleury, M.-J., « Soins primaires en santé mentale et rôles des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec ». INSPQ, 30 octobre 2008.

2) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., “General Practitioner role in mental health and integrated service networks.” Montreal, St. Mary’s Hospital Department of Clinical Epidemiology and Community Studies Seminar Sessions, 29 mai 2008.

3) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., “Rôle des médecins de famille en santé mentale au Québec.” Montréal, Séminaire du GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé), université de Montréal, 14 avril 2008.

4) Imboua A., M.-J. Fleury, J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., “Quebec General Practitioner role in mental health.” Montreal, Douglas Mental Health University Institute, 28 novembre 2008.

A.2) Présentations devant un auditoire de chercheurs et de professionnels en santé

5) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., “Role of General Practitioners in mental health and care integration in networks.” Symposium: Reflection on the Organization of Mental Health Services in Quebec, Montreal, McGill Psychiatry Department and Douglas Mental Health University Institute, 23 janvier 2008.

A.3) Présentations devant un auditoire de décideurs du système de santé du Québec

6) Fleury, M.-J., « Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale et intégration des services en réseau. » Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Département de psychiatrie et agence régionale), 19 juin 2009.

7) Fleury, M.-J., « Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale et intégration des services en réseau. » Journée biannuelle de la santé mentale, MSSS, 6 mai 2009.

8) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., « Profil clinique et de collaboration des médecins de famille dans le cadre du déploiement des réseaux locaux de services de santé ». Québec, assemblée annuelle de l’Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 25 avril 2008.

9) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., « Profil clinique et de collaboration des médecins de famille dans le cadre du déploiement des réseaux locaux de services de santé. ». Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Montréal, 29 janvier 2008.

10) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., « Rôle des médecins de famille en santé mentale » MSSS, nombreux hôpitaux au Québec, institut universitaire en santé mentale Douglas, 10 décembre 2007.

11) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage et coll., « Rôle des médecins de famille en santé mentale et collaborations ». Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Montréal, 24 mai 2007.

A.4) Présentations à un public canadien ou international

12) **Fleury, M.-J.** et coll., “Quebec Primary Mental Healthcare Reform.” World Health Organization (WHO) with the Montreal WHO/PAHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Conférence sur les soins primaires en santé mentale, 26 novembre 2008.

13) **Fleury, M.-J.**, J.M. Bamvita, J. Tremblay, L. Farand et A. Lesage et coll., Determinants of GPs Taking Care of Patients with Common Mental Disorders, Symposium on “Transforming Psychiatric Services to Better Respond to Emerging Needs: Three Initiatives from Canada.” World Psychiatric Association (WPA), Prague, septembre 2008.

B) COUVERTURE MÉDIATIQUE

Sous presse. *Synergie*. Revue de l’AQESSS.

- ☞ Voir aussi le document : AQESSS (2008), *Réflexion sur la collaboration des médecins omnipraticiens de la communauté avec les équipes de santé mentale des CSSS*.
- 2008, mai *Actualité médicale* (M. Dongois), « Troubles graves et persistants en santé mentale. Les omnipraticiens sont peu portés à s’y attaquer ».
- 2008, mars *Le journal Forum* (M.-L. Chan), « Rôle des médecins de famille en santé mentale au Québec ».
- 2008, mars *DASUM ZOOM* (H. Urfer), « Rôle des médecins de famille en santé mentale au Québec ».
- 2006, juin *Actualité médicale*, « Une alliance canadienne pour favoriser les soins intégrés en santé mentale (pp. 25-26) ».

C) PUBLICATIONS

C.1) Livres ou rapports de recherche

1) Fleury, M.-J. et A. Imboua (sous presse), “Rôle des omnipraticiens en santé mentale”. Coup d’œil sur la recherche et l’évaluation, Bulletin du MSSS.

2) Fleury, M.-J. et coll., (2009), “Les soins primaires en santé mentale.” Santé Mentale au Québec, (M.-J. Fleury: éditeur invité), XXXIV(1).

3) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay, A. Lesage, L. Farand, D. Aubé, L. Fournier, L.-R. Poirier, M.-T. Lusier, P. Lamarche, Y. Ouadahi et A. Imboua (2008), « Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. » Rapport de recherche, IRSC.

4) Ouadahi, Y. A. Lesage et M.-J. Fleury (2009), « Rôle des médecins de famille : Volet données administratives 2002 et 2006 », Rapport de recherche, Québec, Douglas Institut Universitaire en santé mentale.

5) Imboua, A. (2008), « Profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec », Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Département d'administration de la santé.

C.2) Articles (publiés, en révision ou soumission)

1) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, D. Aubé, and J. Tremblay (en révision : juillet 2009), "Clinical practice settings are differently associated with GPs taking on mental disorder patients." *Healthcare Policy*.

2) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, J. Tremblay et A. Lesage (in press). "Extent and Determinants of General Practitioner Referrals and Contacts with Mental Health Care Providers." *Canadian Journal of Community Mental Health*.

3) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita et J. Tremblay (2009), "Variables Associated with GPs Taking on Patients with Serious Mental Disorders." *BMC Family Practice*, 10:41: 1-8.

4) Fleury, M.-J. (2009), "Santé mentale en première ligne." *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale, XXXIV(1): 19-34.

5) Imboua, A. et M.-J. Fleury (2009), "Médecins omnipraticiens: pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec." *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale, XXXIV(1): 55-76.

6) Ouadahi, Y., A. Lesage, J. Rodrigue et M.-J. Fleury (2009), « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives », *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale, XXXIV(1): 161-172.

7) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, L. Farand et J. Tremblay (2008), "Variables Associated with General Practitioners Taking on Patients with Common Mental Disorders." *Primary Care Mental Health Journal*, 5: 149-60.

8) Fleury, M.-J., J.-M. Bamvita, A. Imboua, J. Tremblay, L. Farand et A. Lesage (soumis), "Revisiting the General Practitioner Pivotal Role in the Mental Healthcare System."

9.2. QUESTIONNAIRE

A) LETTRE D'APPUI AU PROJET (1^{re} page du questionnaire) – Cosignée par le Collège des médecins du Québec et la FMOQ

Montréal, le 16 mai 2005

Dr ...
Clinique médicale ...,
3590, rue xxx, bureau 122
Montréal (Québec)
H1W XXX

Objet : Collaboration à une recherche appuyée par le Collège des médecins du Québec et la FMOQ, sur le rôle des médecins de famille dans le domaine de la santé mentale et les stratégies de collaboration avec les milieux psychiatriques et psychosociaux

Docteur ...,

La gestion des troubles de santé mentale est un enjeu majeur de santé publique. Le rôle central des médecins de famille y est pertinemment reconnu et documenté. La plupart des études soulignent que plus de 80 % de la population consultent un médecin de famille chaque année, et qu'environ le tiers des rendez-vous médicaux concerne un problème de santé mentale. Plus de 50 % de la population souffrant de troubles mentaux recevraient des soins de santé mentale de leur médecin de famille, sans recourir à d'autres professionnels de la santé. Plusieurs études attestent toutefois de l'insuffisance des liens et du soutien entre la première ligne et les services spécialisés qu'ils soient psychiatriques ou psychosociaux, ce qui rend difficile la tâche des médecins de famille. Cette recherche vise à mieux connaître votre rôle en santé mentale et les différents problèmes rencontrés ainsi qu'à cerner les meilleures stratégies de soutien et de collaboration avec les services psychiatriques et psychosociaux afin d'améliorer la qualité des services offerts aux patients souffrant de troubles de santé mentale.

Avec l'appui du Collège des médecins du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la participation d'un ensemble de décideurs importants des paliers provinciaux et régionaux, nous aimerions vous convier à remplir le questionnaire ci-joint. Vous y consacrerez environ 20 minutes.

Le projet est développé par une équipe de recherche solide provenant de différents milieux universitaires et centres psychiatriques dont l'Université McGill (CHPSY Douglas), l'Université de Montréal (Centre de recherche Fernand Seguin) et l'Université Laval. Il concerne des territoires de CSSS sélectionnés dans six régions sociosanitaires du Québec. Comme vous êtes l'un des médecins exerçant dans ces territoires, vous avez été sélectionné

pour participer à notre étude. Pour que les résultats de la recherche puissent représenter adéquatement l'opinion des médecins de votre territoire, il s'avère très important que vous le complétiez soigneusement et le retourniez dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe. Dans le contexte actuel de transformation du système de santé, nous sommes confiants que grâce à votre aide, la recherche pourra alimenter la prise de décisions afin de mieux vous appuyer dans votre rôle auprès de la clientèle en santé mentale.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour obtenir de plus amples renseignements sur ce projet. À cet effet, vous pouvez prendre contact avec Youcef Ouadahi par courriel, à ouayou@douglas.mcgill.ca ou par téléphone, au 514-761-6131, poste 3434.

En vous remerciant à l'avance de votre collaboration à ce projet, veuillez agréer, Docteur XXX, nos sentiments les meilleurs.

Yves Lamontagne, M.D.
Président du Collège des médecins du Québec

Renald Dutil, M.D.
Président de la FMOQ

Youcef Ouadahi, MBA
Coordonnateur du projet
Téléphone : 514-761-6131, poste 3434
Télécopieur : 514-762-3049
Courriel : ouayou@douglas.mcgill.ca

Marie-Josée Fleury, Ph. D.
Professeure adjointe
Département de psychiatrie, McGill
Téléphone : 514-761-6131, poste 4344
Courriel : flemar@douglas.mcgill.ca