

La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec

Marie-Josée Fleury PhD Lambert Farand MD PhD Denise Aubé MD MSc Armelle Imboua MD MSc

Résumé

Objectif Cette recherche vise à documenter la prise en charge des troubles mentaux (TM) par les omnipraticiens.

Type d'étude Il s'agit d'une étude mixte intégrant un questionnaire auto-administré et des entrevues qualitatives. La banque de données administratives des actes médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec a aussi été analysée.

Contexte La province de Québec.

Participants Un total de 1415 omnipraticiens de différents lieux de pratiques ont été sollicités pour le questionnaire; 970 ont été rejoints. Un sous-groupe de 60 omnipraticiens a été rejoint pour les entrevues.

Principaux paramètres à l'étude La prévalence annuelle des consultations reliées à des TM courants (TMC) ou graves (TMG), les pratiques cliniques, les pratiques de collaboration, les facteurs facilitant ou entravant la prise en charge des TM, ainsi que les recommandations pour l'amélioration du système de soins.

Résultats Le taux de réponse a été de 41% (n=398 omnipraticiens) pour le questionnaire et de 63% (n=60) pour les entrevues. Environ 25% des visites chez les omnipraticiens sont associées à des TM. Presque tous les omnipraticiens prennent en charge des TMC et se sentent compétents pour le faire, à l'inverse de la situation retrouvée pour les TMG. Près de 20% des TMC sont référés (principalement à des intervenants psychosociaux), alors que près de 75% des TMG sont référés (surtout en psychiatrie et à l'urgence). Plus de 50% des omnipraticiens affirment n'entretenir aucun contact avec l'une ou l'autre des ressources de santé mentale. Plusieurs facteurs influencent la prise en charge des TM: les profils des patients (complexité des TM, troubles concomitants); les caractéristiques des omnipraticiens (réseau informel, formation); la culture professionnelle (travail en silo, mécanismes cliniques formalisés); le milieu institutionnel (multidisciplinarité, salariat); l'organisation des services (ressources; coordination formalisée) et l'environnement (politiques).

Conclusion Le rôle clé des omnipraticiens et leur soutien à la prise en charge des TM ont été démontrés, spécifiquement pour les TMC. Pour une prise en charge optimale des soins primaires de santé mentale, des stratégies à composantes multiples, dont les soins partagés, devraient être davantage déployées.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- Cette étude confirme l'importance de la prise en charge des troubles mentaux, spécifiquement les troubles mentaux courants, par les omnipraticiens. Selon cette étude, ces patients représentent l'une des populations consommant le plus de soins auprès des omnipraticiens.
- L'étude met également en relief la multiplicité des facteurs qui influencent la prise en charge des troubles mentaux (TM). Il y a des facteurs entravant dont les profils des patients; la culture professionnelle (travail en silo, mécanismes cliniques non formalisés) et l'organisation des services (manque d'accès aux ressources et mécanismes de coordination formalisés). Il y a des facteurs facilitant dont les caractéristiques des omnipraticiens; le milieu institutionnel et l'environnement.
- Les omnipraticiens sont les principaux dispensateurs des soins primaires de santé mentale. La quasi-totalité des omnipraticiens s'estiment compétents à traiter les TM courants, contrairement à une minorité (17%) pour les TM graves.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2012;58:e725-31

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles mentaux (TM), spécifiquement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés¹. Les coûts économiques et sociaux associés aux TM sont substantiels². La prévalence des TM au cours d'une année varie entre 4,3% (Chine) et 26,4% (États-Unis)³. Au Canada, elle est estimée à 11% (Québec: 10,3%) et environ 40% des malades utilisent les services de santé pour des raisons de santé mentale^{4,5}. La détection et l'adéquation des traitements des TM sont néanmoins jugées non optimales⁶. Afin d'améliorer l'efficacité des services de santé mentale, des réformes substantielles ont été introduites dans les dernières années. Ces réformes visent la consolidation des soins primaires et des pratiques, soutenue par les données probantes, et une meilleure intégration du dispositif de soins. Il est établi que les pays disposant d'un système efficace de soins primaires ont généralement une population en meilleure santé⁷. De même, le déploiement des bonnes pratiques et les systèmes intégrés de santé sont associés à une meilleure qualité et à une satisfaction accrue face aux services⁸.

Au Québec, les réformes en cours^{9,10} s'inscrivent dans ces tendances internationales. Elles visent une meilleure prise en charge des TM par un rehaussement des soins primaires et des soins partagés (coordination entre les omnipraticiens, les intervenants psychosociaux, les psychiatres, etc.). Les omnipraticiens sont les principaux dispensateurs des soins primaires de santé mentale⁵. Dans le cadre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*⁹, les soins qu'ils dispensent devraient s'arrimer aux services des équipes de santé mentale des centres de santé et de services sociaux (CSSS) à mission de centre local de services communautaires (CLSC) et ceux des psychiatres répondants (soins partagés), lesquels ont été récemment déployés. Des guichets d'accès coordonnés par les CSSS ont aussi été implantés, visant l'arrimage des services de santé mentale dans les réseaux locaux de services (n=95, correspondant aux territoires de CSSS et intégrés dans 18 régions sociosanitaires).

Dans ce contexte, l'objectif de cet article est d'identifier les pratiques cliniques et les pratiques de collaboration des omnipraticiens au Québec. Cet article décrit l'ampleur de la prise en charge des TM et des pratiques de collaboration ainsi que les conditions de succès et les recommandations pour l'amélioration des soins primaires de santé mentale, dans le but de soutenir les décideurs dans l'organisation des services de santé mentale.

MÉTHODOLOGIE

L'étude adopte un devis quantitatif (enquête par questionnaire) et qualitatif (entrevues). La banque de

données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'ensemble des actes médicaux pour l'année 2006 (et 2002) a aussi été analysée pour fins de comparaison avec les résultats colligés de l'enquête (pourcentage des actes en santé mentale, pourcentage des actes en santé mentale sur le total des actes médicaux, etc.)¹¹. Les omnipraticiens sollicités provenaient de territoires urbains, semi-urbains et ruraux (9 réseaux locaux de service [RLS] de 5 régions sociosanitaires) et la diversité des lieux de pratique a été considérée: cabinets privés, cliniques médicales, CSSS-CLSC, centres hospitaliers (généralistes-CSSS, psychiatriques), groupes de médecine de famille, cliniques-réseau et cliniques sans rendez-vous. À partir d'une liste fournie par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1415 omnipraticiens, soit 20% des omnipraticiens du Québec, ont été ciblés pour l'envoi du questionnaire (auto-administré; 30 minutes; septembre 2006 à février 2007). Le questionnaire était composé de 143 items, couvrant 6 domaines: caractéristiques sociodémographiques des omnipraticiens, profil des patients, pratique clinique, collaboration interprofessionnelle, qualité perçue des services et stratégies de collaboration à promouvoir. Il a fait l'objet d'analyses descriptives et inférentielles (SPSS, version 17.0). La méthodologie de cette étude est présentée en plus de détail dans d'autres publications^{12,13}.

Les entrevues, effectuées à partir d'un sous-échantillon de l'enquête (avril 2009 à mars 2010), visaient à approfondir les résultats quantitatifs extraits du questionnaire. À des fins de comparaison, ces omnipraticiens ont aussi complété une version réduite du précédent questionnaire (27 items, 10 minutes). À partir d'une liste tenant compte des territoires et lieux de pratique énumérés précédemment, 124 omnipraticiens ont été sollicités (cible: n=60; 12 omnipraticiens par région). Globalement, les stratégies d'approche des omnipraticiens incluaient: des lettres par la poste, par courriel et par télécopieur et des appels téléphoniques. Les entrevues (70 minutes) ont été réalisées à partir d'un guide comprenant 3 sections: pratiques cliniques (parcours professionnel; influence du milieu de pratique; développement des habiletés, etc.); partenariat et réforme (disponibilité des ressources; facteurs facilitant et entravant la collaboration; évaluation des transformations, etc.); besoins de soutien et modèles idéaux de pratique à développer en santé mentale. Les entrevues ont été effectuées soit par téléphone (75%), soit en face à face (25%) par les auteurs de l'article. Elles ont toutes été transcrites, codées et analysées (NVivo 8) à l'aide des thèmes du guide d'entrevue (pratiques cliniques et de collaboration, facteurs facilitant et entravant, etc.). La recherche a été soutenue par des décideurs clés et a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal, Qué.

RÉSULTATS

Profil de l'échantillon

Des 1415 omnipraticiens sollicités pour le questionnaire, 970 pratiquant dans les RLS à l'étude ont été rejoints et 398 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 41%. L'échantillon a été comparé à la population des omnipraticiens du Québec sur plusieurs variables (sexe, âge, modes de rémunération, types de territoire, etc.) et aucune différence significative n'a été identifiée.^{12,13} Des 124 omnipraticiens sollicités pour atteindre la cible de 60 entrevues, 29 ont été exclus parce qu'ils avaient déménagé, étaient retraités

ou inaccessibles; le taux de réponse était donc de 63%. Ces omnipraticiens ont été comparés aux 398 de l'échantillon quantitatif, quant au genre, à l'âge et au taux de paiement à l'acte (**Tableau 1**¹⁴). Aucune différence significative n'a été notée. Néanmoins, comparé à la population québécoise d'omnipraticiens, le taux de paiement à l'acte est inférieur dans le sous-groupe de 60 omnipraticiens. La comparaison de notre échantillon avec les non-répondants a également conduit à des résultats non significatifs pour le genre ($\chi^2=0,50$, $dl=1$, $P=,4777$) et l'âge ($F=0,10$, $P=,921$). Les caractéristiques des échantillons (surtout l'enquête) sont présentées dans le **Tableau 2**. Elles sont également présentées en détail dans d'autres publications^{12,13,15}.

Tableau 1. Comparaison entre les 2 échantillons d'omnipraticiens (enquête et entrevues) et la population des omnipraticiens du Québec

CARACTÉRISTIQUE	ENQUÊTE (N = 398)	ENTREVUES (N = 60)	VALEUR P POUR χ^2	OMNIPRATICIENS QUÉBEC*, %	VALEUR P POUR χ^2
Âge [†] , années, n (%)			,350		,350
• <35	29 (7,3)	1 (1,7)		13,7	
• 35-44	112 (28,1)	9 (15,0)		27,5	
• 45-54	170 (42,7)	24 (40,0)		35,0	
• 55-64	74 (18,6)	22 (36,7)		18,3	
• ≥65	13 (3,3)	4 (6,7)		5,5	
Sexe, n (%)			,670		,322
• Homme	194 (48,7)	29 (48,3)		55,1	
• Femme	204 (51,3)	31 (51,7)		44,9	
Proportion du revenu à l'acte, moyenne (EC)	64,9 (39,8)	54,8 (37,8)	,149	74,0	,005

*Données tirées de Savard et Rodrigue¹⁴.

[†]L'âge moyen (EC) des omnipraticiens pour l'enquête est de 48 (9) ans; pour les entrevues, il est de 52 (8) ans.

Tableau 2. Profil des omnipraticiens et des patients: N = 398 répondants.

CATÉGORIE	TYPE DE TM		
	TM	TMC	TMG
Profil sociosanitaire des omnipraticiens, moyenne (EC)			
• Nombre de lieux de pratique*	2 (1,0)		
• Nombre d'heures travaillées par semaine	43 (12,8)		
Profil clinique des omnipraticiens, n (%)			
• Omnipraticiens qui prennent en charge les TM ^{††}	360 (90,5)	354 (88,9)	304 (76,4)
• Omnipraticiens qui font le suivi de la médication		243 (61,1)	195 (49,0)
• Omnipraticiens qui font de la thérapie de soutien		236 (59,3)	139 (34,9)
Profil des patients, moyenne (EC)			
• Nombre de patients vus par semaine pour toutes raisons	90,0 (42,0)		
• Patients vus par semaine pour un problème de santé mentale	22,5 (25,0)	19,9 (88,5)	2,6 (11,5)
• Proportion des patients présentant des troubles mentaux	25,0 (19,0)		
• Patients avec TM pris en charge (médecins de famille) parmi les patients vus dans la semaine pour TM		13,7 (69,0)	0,8 (34,0)

TM—troubles mentaux, TMC—troubles mentaux courants, TMG—troubles mentaux graves.

*Pour l'échantillon de 60 omnipraticiens, le nombre de lieux de pratique (EC) correspond à 2,8 (1,2).

[†]Pour l'échantillon de 60 omnipraticiens, le nombre (pourcentage) correspond à 60 (100) pour les TM.

^{††}Question oui ou non; au moins un patient.

État de la prise en charge des TM et des pratiques de collaboration

Selon les données de la RAMQ, en 2006, 3 Québécois sur 4 ont consulté un omnipraticien. En total, 20% ont consulté pour des raisons de santé mentale, soit 15% de la population globale âgée de plus de 18 ans. Ces données révèlent que ces patients, lorsque comparés aux patients sans TM (ni diagnostic, ni acte relié à un TM) consomment 37% de l'ensemble des actes médicaux (**Tableau 3**). Selon l'enquête, 25% des patients vus par les omnipraticiens présentent des TM, dont 55% associés aux TMC, 11% aux TMG et 34% aux troubles concomitants (TM et problèmes physiques; abus de substance; déficience intellectuelle). Près de 90% des omnipraticiens prennent en charge (suivi continu) des patients présentant des TMC; ce nombre s'établit à 76% pour les TMG. Cependant, 75% de ces omnipraticiens ne suivent que quelques cas de TMG. Près de 70% des patients qui se présentent avec des TMG seraient vus lors de consultations sans rendez-vous. L'enquête et les entrevues démontrent également que les omnipraticiens utilisent peu de mécanismes cliniques (p. ex., autogestion des soins, protocoles cliniques, grilles de dépistage des TM) ou de collaboration (soins partagés) formalisés pour soutenir leur pratique. Leurs consultations se limitent pour la grande majorité au suivi de la médication ou à la thérapie de soutien (**Tableau 2**). D'après l'enquête, la fréquence du suivi des patients présentant des TMC s'élève à 9 fois par année; pour les TMG, la fréquence du suivi s'élève à 6 fois par année. Enfin, la quasi-totalité des omnipraticiens s'estiment compétents à traiter les TMC, contrairement à une minorité (17%) pour les TMG. Ces derniers omnipraticiens suivent généralement plus de formation spécialisée en santé mentale et exercent davantage en régions semi-urbaines et rurales avec des liens restreints avec la psychiatrie; ils ont déjà pour la plupart pratiqué dans un hôpital psychiatrique ou exercent en CSSS-CLSC.

Questionnés dans l'enquête sur leurs relations interprofessionnelles, plus de 50% des omnipraticiens évaluent n'avoir aucun contact avec l'une ou l'autre des

ressources en santé mentale (psychiatres, CSSS-CLSC, psychologues en pratique privée, organismes communautaires, etc.). Les références sont la stratégie la plus utilisée pour répondre aux besoins soutenus de leurs patients. Les omnipraticiens estiment référer 17% de leurs patients avec des TMC (dont 31% aux psychologues en pratique privée, 29% aux CLSC, 13% à la psychiatrie et 7% aux organismes communautaires) et 71% des patients avec TMG (surtout à la psychiatrie incluant l'urgence). Les organismes communautaires et les centres de crise demeurent des partenaires peu connus et utilisés. Les omnipraticiens questionnés lors de l'enquête et des entrevues perçoivent également le système de santé mentale comme étant de piètre qualité, particulièrement concernant l'accessibilité et la continuité des soins (**Tableau 4**) mais ils appuient fortement son amélioration et un meilleur soutien à leurs activités cliniques.

Facteurs qui influent sur la prise en charge des TM ou la collaboration des omnipraticiens avec les ressources en santé mentale

Sept facteurs favorisent la prise en charge des TM par les médecins interviewés: une pratique multidisciplinaire, particulièrement en CSSS-CLSC (paiement à salaire ou à tarif horaire); un volume élevé de cas de TM n'impliquant pas une grande complexité; une formation accrue en santé mentale (de base ou continue); un accès aux services psychiatriques (forçant leur implication); un intérêt marqué envers les TM; des habiletés personnelles (écoute, empathie) et l'inscription des patients. La collaboration interprofessionnelle est favorisée lorsque les omnipraticiens travaillent surtout en CLSC; pratiquent ou ont pratiqué à l'hôpital; possèdent un réseau informel important en santé mentale (dont des omnipraticiens spécialisés en santé mentale) et pratiquent dans des réseaux où les soins partagés sont déployés, incluant des modules d'évaluation-liaison (services de référence pour les omnipraticiens, créés généralement par les services psychiatriques d'hôpitaux universitaires).

Tableau 3. Population du Québec âgée de plus de 18 ans ayant consulté un omnipraticien: données de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

CATÉGORIE	AYANT CONSULTÉ AU MOINS UNE FOIS POUR RAISON DE SANTÉ MENTALE	AYANT CONSULTÉ POUR AUTRE RAISON QUE SANTÉ MENTALE	ENSEMBLE DES PATIENTS AYANT CONSULTÉ
Nombre de patients en 2006	909 850	3 630 824	4 540 674
Poids relatif par rapport à la population du Québec âgée de plus de 18 ans en 2006, %	15,0	59,9	74,9
Évolution par rapport à 2002, %	+ 6,6	+ 3,1	+ 3,1
Poids relatif par rapport à la population qui a consulté un omnipraticien en 2006, %	20,0	80,0	100

Tableau 4. Pratiques de collaboration interprofessionnelle des omnipraticiens avec les ressources en santé mentale d'après l'enquête: N = 398.

CATÉGORIE	FRÉQUENCE, %
Omnipraticiens qui réfèrent ou transfèrent les patients pour raison de:	
• Sévérité du TM	67,1
• Complexité du cas	70,4
• Manque de support des psychiatres	28,5
• Manque d'expertise en santé mentale	11,3
• Manque d'intérêt en santé mentale	4,4
• Manque d'incitatifs financiers	8,5
Omnipraticiens qui reportent que le système de santé mentale est adéquat ou très adéquat en lien avec:	
• Ensemble du système de santé	55,0
• Accessibilité géographique	64,0
• Horaires d'ouverture	59,0
• Diversité des services	54,0
• Continuité des services	46,0
• Disponibilité des services	35,0
• Accessibilité des professionnels en santé mentale	27,0

TM—troubles mentaux.

Lors des entrevues, plusieurs facteurs contraignants associés à la prise en charge des TM ont été relevés: l'insuffisance des ressources en santé mentale; le temps d'attente pour l'accès aux soins, spécifiquement aux psychiatres (60 jours en moyenne d'après l'enquête) et à la psychothérapie en CLSC-CSSS; le manque d'information sur le temps d'attente; le nombre limité de sessions de psychothérapie; la communication difficile avec les ressources de santé mentale; la faible disponibilité des omnipraticiens dans un contexte de pénurie de ressources et d'accroissement de la demande; l'inadéquation des incitatifs de collaboration ou de prise en charge des TM dont la rémunération à l'acte; la bureaucratie et l'inefficacité des procédures de référence et de coordination; l'instabilité du réseau et spécifiquement des ressources humaines; la formation ne favorisant pas les pratiques de collaboration et la lourdeur du suivi de la population avec des TM (p. ex., durée et nombre de consultations plus élevés; importance des problèmes concomitants; implication émotive forte des omnipraticiens; intensité du suivi avec les compagnies d'assurance). Même lorsque l'accès aux psychiatres est facilité, les omnipraticiens critiquent l'insuffisance des soins par étape lorsque nécessaires, d'un suivi plus intensif des psychiatres lorsque l'état du patient l'exige, de la couverture des services psychiatriques (soirées et

fins de semaine) et de l'accès aux psychiatres pour les cas semi-urgents (les cas urgents pouvant être vus à l'urgence).

Stratégies et recommandations afin d'améliorer la prise en charge des TM

Pour remédier aux facteurs entravant la prise en charge des TM, les omnipraticiens interviewés proposent les stratégies suivantes: l'optimisation de leur réseau informel de collaboration, la planification de consultations plus nombreuses pour un même patient («régler un problème par consultation»), la rencontre de patients en début ou fin de journée, la disponibilité de périodes pour les crises potentielles ou le sans rendez-vous et l'autoréférence à des lieux de pratique plus appropriés tels que le CLSC-CSSS ou l'hôpital (s'ils y exercent parallèlement). La majorité des omnipraticiens (62%), lors des entrevues, encourage le développement d'incitatifs financiers adéquats pour la prise en charge des TM et pour soutenir la collaboration. Cette dernière est perçue comme pouvant favoriser un accroissement de leur prise en charge de nouvelles patientes.

Dans les entrevues, les omnipraticiens ont également insisté sur l'importance d'accroître l'accès à la psychothérapie et aux psychiatres. Selon près de 75% d'entre eux, la psychothérapie (particulièrement cognitive-comportementale) associée à la médication ressort comme la bonne pratique à promouvoir pour les TMC. Plus de la moitié (55%) privilégie des contacts plus étendus avec les intervenants psychosociaux, particulièrement les psychologues, sous forme de brefs rapports ou de communications téléphoniques, ciblant les objectifs du traitement, les approches proposées et le temps de traitement anticipé. Les entrevues révèlent aussi que les soins partagés sous le leadership des psychiatres sont la stratégie privilégiée pour le traitement des TMC plus complexes et les TMG, la complexité et la sévérité des cas étant les principales raisons des références en psychiatrie identifiées par les omnipraticiens dans l'enquête (**Tableau 4**). Lors de l'enquête, les omnipraticiens avaient également recommandé une visite mensuelle à leur clinique (à 48%) et un soutien téléphonique hebdomadaire du psychiatre (à 95%), ainsi que de la formation tous les 3 mois (à 72%), sous forme d'études de cas multidisciplinaires, sous le leadership des psychiatres des RLS.

Lors des entrevues, 88% des omnipraticiens ont aussi privilégié l'introduction d'infirmières avec une expertise suffisante en santé mentale dans les cliniques médicales afin de les aider à prioriser la population, à collecter de l'information pertinente (p. ex., soutien social, habitudes de vie), à dispenser des services de psychoéducation (en lien avec la famille) et à renforcer l'adhésion aux médicaments et la gestion de TM complexes. Ils privilégient la collaboration avec les travailleurs sociaux

(réadaptation, CSSS) et les organismes communautaires pour les cas de TMG ainsi qu'avec les centres de réadaptation en dépendance lors de troubles concomitants. D'après eux, la coordination avec ces organismes devrait relever des CLSC-CSSS.

DISCUSSION

Dans le cadre des réformes en cours, cette étude visait à examiner l'ampleur de la prise en charge des TM, les pratiques cliniques et de collaboration des omnipraticiens, les facteurs favorisant et entravant les soins et les recommandations en vue d'améliorer les soins primaires de santé mentale. Elle confirme l'importance de la prise en charge des TM par les omnipraticiens, spécifiquement les TMC, telle que démontrée dans la littérature^{16,17}. Ces patients représentent, d'après notre étude et des recherches récentes, l'une des populations consommant le plus de soins auprès des omnipraticiens^{16,18}. Ces derniers s'estiment compétents pour traiter adéquatement les TMC, ce qui est également en accord avec les études récentes^{19,20}. À l'opposé, tant au Québec qu'ailleurs^{21,22}, ils évaluent leur compétence insuffisante pour traiter les TMG, qu'ils prennent moins en charge. Étant donné l'importance des besoins de santé des patients présentant des TMG et de la stigmatisation envers eux²³, l'accès aux omnipraticiens pour cette population vulnérable pose des défis de taille.

L'étude met également en relief la multiplicité des facteurs qui influencent la prise en charge des TM. Il y a des facteurs entravant dont les profils des patients (complexité des TM, troubles concomitants, intensité de la prise en charge); la culture professionnelle (travail en silo, mécanismes cliniques non formalisés) et l'organisation des services (manque d'accès aux ressources et mécanismes de coordination formalisés). Il y a des facteurs facilitant dont les caractéristiques des omnipraticiens (réseaux informels, formation en santé mentale, empathie); le milieu institutionnel (CSSS-CLSC, multidisciplinarité et salariat) et l'environnement (politiques nationales et tendances internationales à l'amélioration des soins primaires).

Cette étude souligne les conditions non optimales dans lesquelles les omnipraticiens exercent pour la prise en charge des TM (insuffisance des relations interdisciplinaires et des ressources psychosociales et psychiatriques; intensité du suivi en deçà des lignes directrices—10 consultations par année notamment pour la dépression²⁴). Pourtant, de plus en plus de recherches témoignent de l'importance d'augmenter l'accès aux traitements bio-psycho-sociaux et par étape (*stepped care*) en fonction de la sévérité de la maladie afin d'améliorer l'efficacité des services, l'autogestion des soins, la psychothérapie, la supervision de l'adhésion

aux médicaments et les soins intensifs incluant les soins partagés^{25,26}. Ces interventions appellent à un travail interdisciplinaire où l'omnipraticien est au cœur du dispositif de soins, mais fortement épaulé par des professionnels psychosociaux et des psychiatres^{27,28}. La refonte des soins primaires de santé mentale se déplace ainsi de l'examen de la pratique des omnipraticiens à celui de l'organisation d'ensemble du dispositif de soins, lequel doit être renforcé.

Au Québec, bien que les récentes réformes^{9,10} aient reconnu le rôle central joué par les omnipraticiens dans la prise en charge des TM, leur intégration au dispositif global de soins et les changements de pratique des omnipraticiens sont peu perceptibles. L'implantation partielle des équipes de santé mentale en CSSS-CLSC et des soins partagés²⁹ contribue à expliquer le travail majoritairement en silo des omnipraticiens.

Limites de l'étude

Les omnipraticiens intéressés par les TM ont été plus enclins à répondre à l'étude, particulièrement pour le volet qualitatif. Notamment, ce dernier échantillon comporte une plus faible proportion d'omnipraticiens rémunérés à l'acte que la population médicale québécoise. Enfin, l'enquête a été effectuée en début d'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*⁹ et les entrevues plutôt à la fin de la réforme. Nos résultats ne témoignent cependant pas de changement de perception des omnipraticiens quant à leur dynamique de prise en charge ou de collaboration en santé mentale.

Conclusion

Le rôle clé des omnipraticiens et leur soutien à la consolidation de la prise en charge des TM en première ligne ont été démontrés, spécifiquement pour les TMC. Des barrières organisationnelles importantes, qui encouragent une pratique en silo des omnipraticiens, rendent néanmoins les conditions de prise en charge des TM non optimales. Étant donné l'impact des soins partagés sur le rétablissement des personnes présentant des TM²⁷, des efforts soutenus sur le plan politique, organisationnel et professionnel, ainsi que des stratégies d'intervention à composantes multiples³⁰ devraient être davantage déployés pour améliorer le dispositif de soins en santé mentale, et ce, plus particulièrement pour les TM chroniques ou complexes.

D^{re} Fleury est professeure agrégée au département de psychiatrie à l'Université McGill et chercheuse à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas de Montréal au Québec. **D^r Farand** est professeur agrégé au département d'administration de la santé de la Faculté de médecine à l'Université de Montréal. **D^{re} Aubé** est médecin conseil à l'Institut national de santé publique du Québec et professeure de clinique au département de médecine sociale et préventive à Université Laval au Québec. **D^{re} Imboua** est médecin et associée de recherche à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Remerciements

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, le Fonds de la recherche en santé du Québec et des partenaires décideurs du Québec.

Collaborateurs

D^{re} Fleury est la chercheuse principale de l'étude. D^{re} Aubé et D^r Farand en sont les co-chercheurs principaux. D^r Imboua a recueilli et analysé les données en collaboration avec D^{re} Fleury et D^{re} Aubé. Tous les auteurs ont contribué à la conception du manuscrit et à l'interprétation des données. D^{re} Fleury a rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu, commenté et approuvé le manuscrit final.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Marie-Josée Fleury, Douglas Hospital Research Centre, 6875, boulevard LaSalle, Verdun, QC H4H 1R3; téléphone 514 761-6131, poste 4344; télécopieur 514 762-3049; courriel flemar@douglas.mcgill.ca

Références

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11):e442.
2. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladie chronique au Canada* 2008;28(3):103-10. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/28-3/pdf/cdic28-3-2fra.pdf. Accédé le 12 novembre 2012.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts J, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90.
4. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can* 2010;30(3):84-94.
5. Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C. *Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: an analysis of the Canadian Community Health Survey*. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative; 2006. Accessible à: www.ccmhi.ca/en/products/documents/09_Prevalence_EN.pdf. Accédé le 13 novembre 2012.
6. Van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by family physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:52.
7. Starfield B. Primary care visits and health policy. *CMAJ* 1998;159(7):795-6.
8. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et coll. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2008;(173):1-362.
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux [site Web]. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2005. Accessible à: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>. Accédé le 31 mai 2011.
10. *Projet de Loi no. 83. (2005, chapitre 32). Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*. Québec, QC: Éditeur officiel du Québec; 2005. Accessible à: www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF. Accédé le 31 mai 2011.
11. Ouadahi Y, Lesage A, Rodrigue J, Fleury MJ. Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Sante Ment Que* 2009;34(1):161-72.
12. Fleury MJ, Bamvita JM, Farand L, Aubé D, Fournier L, Lesage A. GP group profiles and involvement in mental health care. *J Eval Clin Pract* 2012;18(2):396-403. Epub 2010 Nov 30.
13. Fleury MJ, Bamvita JM, Aubé D, Tremblay J. Clinical practice settings associated with GPs who take on patients with mental disorders. *Health Policy* 2010;5(4):90-104.
14. 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*. Québec, QC: Direction de la planification et de la régionalisation, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec; 2007.
15. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract* 2012;13:19.
16. Watson DE, Heppner P, Roos NP, Reid RJ, Katz A. Population-based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001. *Can J Psychiatry* 2005;50(7):398-406.
17. Walters P, Tylee A, Goldberg D. *Psychiatry in primary care*. Dans: Murray RM, Kendler KS, McGuffin P, Wessely S, Castle DJ, rédacteurs. *Essential psychiatry*. 4^e éd. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2008. p. 479-97.
18. Lester H, Freemantle N, Wilson S, Sorohan H, England E, Griffin C, et coll. Cluster randomised controlled trial of the effectiveness of primary care mental health workers. *Br J Gen Pract* 2007;57(536):196-203.
19. Wright MJ, Harmon KD, Bowman JA, Lewin TJ, Carr VJ. Caring for depressed patients in rural communities: general practitioners' attitudes, needs and relationships with mental health services. *Aust J Rural Health* 2005;13(1):21-7.
20. Dilts SL Jr, Mann N, Dilts JG. Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service. *Psychosomatics* 2003;44(5):407-11.
21. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Meyboom-de Jong B. How do general practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007;8:37.
22. Younés N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005;5:104.
23. Couture S, Penn D. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *J Ment Health* 2003;12(3):291-305.
24. Conseil du médicament. *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime d'assurance médicaments du Québec*. Québec, QC: Gouvernement du Québec; 2011. Accessible à: www.inesss.qc.ca/fil-eadmin/doc/CDM/Etudes/CDM-Portrait-antidépresseurs-201101.pdf. Accédé le 13 novembre 2012.
25. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* 2009;67(6):607-11.
26. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005;186:11-7.
27. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry* 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.
28. Pautler K, Gagné MA. *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*. Mississauga, ON: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005. Accessible à: www.ccmhi.ca/fr/products/documents/03_AnnotatedBibliography_FR.pdf. Accédé le 13 novembre 2012.
29. Vallée C, Poirier LR, Aubé D, Fournier L, Caulet M, Roberge P, et coll. Plan d'action québécois en santé mentale: contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration. *Sante Ment Que* 2009;34(1):35-53.
30. Williams JW Jr, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(2):91-116.
