Document généré le 24 mai 2025 10:42

Santé mentale au Québec

Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie

On the front line: Survey on shared responsibility. General practitioners and schizophrenia

En primera línea: Encuesta para compartir. Los médicos familiares y la esquizofrenia

Na primeira linha: Sondagem para uma divulgação. Os clínicos gerais e a esquizofrenia

Emmanuel Stip, Richard Boyer, Amir Ali Sepehry, Jean Pierre Rodriguez, Daniel Umbricht, Adrien Tempier et Andor E. Simon

Volume 32, numéro 1, printemps 2007

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York (1) et Windigo I (2)

URI : https://id.erudit.org/iderudit/016521ar
DOI : https://doi.org/10.7202/016521ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Stip, E., Boyer, R., Ali Sepehry, A., Rodriguez, J. P., Umbricht, D., Tempier, A. & Simon, A. E. (2007). Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, *32*(1), 281–297. https://doi.org/10.7202/016521ar

Résumé de l'article

Contexte : Les omnipraticiens (MFs) jouent un rôle prépondérant dans le traitement des patients atteints de schizophrénie. Buts : Découvrir le nombre de patients atteints de schizophrénie qui sont traités par les MFs ; les besoins et attitudes des MFs, leurs connaissances en matière de diagnostic, et le traitement qu'ils prodiguent. Méthodologie : Un sondage postal a été conduit auprès de MFs du Québec choisis de façon aléatoire. Résultats : Un total de 1 003 MFs ont répondu au sondage. Parmi eux, un faible pourcentage a à rencontrer une schizophrénie débutante et les MFs désirent être plus informés sur l'accessibilité aux services des spécialistes. Les résultats objectivés aux questions portant sur les diagnostics et les connaissances sur les traitements sont inconsistants. La majorité des MFs traite les premiers épisodes psychotiques avec des antipsychotiques. Seulement un tiers d'entre eux proposent de maintenir le traitement après un premier épisode psychotique, conformément aux recommandations internationales et au récent *guide de pratique* canadien qui préconisent au moins de 6 à 12 mois de traitement après la réponse clinique partielle ou complète. Le temps consacré par les MFs masculins à un premier contact s'étale entre 10 et 20 minutes, tandis que 80 % des MFs femmes y consacrent au moins 20 minutes Les effets secondaires des antipsychotiques les plus préoccupants sont les gains de poids avant les signes neurologiques. Conclusion : un certain nombre de données de ce sondage devraient être reprises par les différentes associations professionnelles et gouvernementales, afin de bonifier la place des MFs dans un plan de santé à l'égard de la schizophrénie.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2007

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie

Emmanuel Stip*
Richard Boyer**
Amir Ali Sepehry***
Jean Pierre Rodriguez****
Daniel Umbricht*****
Adrien Tempier******
Andor E. Simon*******

Contexte : Les omnipraticiens (MFs) jouent un rôle prépondérant dans le traitement des patients atteints de schizophrénie. Buts : Découvrir le nombre de patients atteints de schizophrénie qui sont traités par les MFs ; les besoins et attitudes des MFs, leurs connaissances en matière de diagnostic, et le traitement qu'ils prodiguent. Méthodologie : Un sondage postal a été conduit auprès de MFs du Québec choisis de façon aléatoire. Résultats : Un total de 1 003 MFs ont répondu au sondage. Parmi eux, un faible pourcentage a à rencontrer une schizophrénie débutante et les MFs désirent être plus informés sur l'accessibilité aux services des spécialistes. Les résultats objectivés aux questions portant sur les diagnostics et les connaissances sur les traitements sont inconsistants. La majorité des MFs traite les premiers épisodes psychotiques avec des antipsychotiques. Seulement un tiers d'entre eux proposent de maintenir le traitement après un premier épisode psychotique, conformément aux recommandations internationales et au récent *guide de pratique* canadien qui préconisent au moins de 6 à 12 mois de traitement après la réponse clinique partielle ou complète. Le temps consacré par les MFs masculins à un premier contact s'étale entre 10 et 20 minutes, tandis que 80 % des MFs femmes y consacrent au moins 20 minutes Les effets secondaires des antipsychotiques les plus préoccupants sont les gains de poids avant les signes neurologiques. Conclusion : un certain nombre de données de ce sondage devraient être reprises par les différentes associations professionnelles et gouvernementales, afin de bonifier la place des MFs dans un plan de santé à l'égard de la schizophrénie.

* CHU Caen, Centre de Recherche Fernand Seguin, Hopital Sacré-Cœur de Montréal, Département de psychiatrie.

** Université de Montréal, Hôpital LH Lafontaine.

*** Université de Montréal, Centre de Recherche Fernand Seguin.

**** Hôpital Sacré-Cœur de Montréal

***** Translational Medicine Department, Novartis Pharma AG, Basle, Suisse.

****** Psychiatric Outpatient Services, Bruderholz, Suisse.

******* Université de Saskatoon, Psychology Department, candidat à la maîtrise.

Les médecins de famille (MFs) jouent un rôle prépondérant dans le traitement des patients ayant un diagnostic de schizophrénie (Lang et al., 1997), et dans la détection de la schizophrénie débutante (Skeate et al., 2002). Au Québec, le nouveau *Plan de santé mentale* du ministère préconise un redéploiement des ressources vers la première ligne au sein de laquelle les MFs sont des acteurs essentiels [1]. Dans une étude effectuée par le « Swiss Early Psychosis Project [2] », nos collègues helvétiques ont examiné les aspects suivants de la pratique des MFs dans la schizophrénie : le nombre de patients traités, le cadre du traitement, les attitudes et les besoins des MFs, les connaissances en diagnostic, et le traitement habituellement prodigué. Au Québec, nous avons à notre tour proposé un tel questionnement, en utilisant une méthodologie identique. La mise à jour de ce positionnement de l'omnipraticien face à la schizophrénie permettra l'avancement des connaissances des professionnels, et en retour favorisera la qualité des services offerts aux patients qui souffrent de schizophrénie, qu'ils en soient au début du processus et depuis longtemps affectés.

Méthodologie

L'échantillon

La population de référence est composée des quelques 7 000 MFs du Québec, selon la liste obtenue auprès de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Nous y avons sélectionné aléatoirement la moitié des MFs à qui nous avons envoyé le questionnaire de l'étude. Parmi eux, 1 003 MFs ont répondu (28,7 %). De ce nombre, 35 MFs ont été exclus parce qu'ils ne prodiguaient plus de soins de santé. L'échantillon final comprend 968 MFs.

Questionnaire

Le questionnaire comprend 28 questions sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants, et sur la pratique et les attitudes des MFs envers la schizophrénie (appendice 1 : liste des questions). Leur objectif est la cueillette d'informations sur :

— le nombre d'individus traités par année pour schizophrénie ou susceptibles d'être dans une phase précoce de la maladie ;

— le cadre de traitement ;

— les besoins et attitudes des MFs envers les soins en santé mentale, le traitement des patients les plus chroniques et ceux susceptibles de développer une schizophrénie ;

— les connaissances en diagnostic ;

— les connaissances thérapeutiques et sur le traitement en phase précoce et chronique de la maladie.

— la participation à des activités d'éducation médicale continue dans le champ de la schizophrénie débutante.

Un système de codage fût mis en place pour assurer l'anonymat des répondants.

Définition des variables

Afin d'estimer le niveau de connaissances des MFs, nous avons calculé deux scores à l'aide des réponses à deux questions à choix multiple. La première question concerne le niveau de connaissances sur les symptômes, alors que la deuxième porte sur les connaissances relatives aux procédures à mettre en place pour poser un diagnostic. La sommation des scores obtenus à ces deux questions établit le niveau de connaissances générales sur la schizophrénie.

Le niveau de satisfaction quant à la collaboration avec les spécialistes a été estimé à l'aide de la question suivante : « Êtes-vous satisfait de la collaboration avec les spécialistes ? » Les répondants indiquaient leur réponse à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points (1 = pas du tout satisfait ; 5 = très satisfait). L'évaluation de la thérapie privilégiée pour traiter la schizophrénie s'est effectuée par une question offrant trois choix de réponses : la pharmacothérapie, la psychothérapie associée à la thérapie de famille, et enfin observer et attendre. Deux questions établissaient combien de temps les MFs maintiendraient un traitement après un premier épisode psychotique, et combien de temps ils soutiendraient les patients si ceux-ci présentaient des épisodes psychotiques multiples. Nous avons considéré une période de traitement de moins de six mois comme étant insuffisante, un traitement de six à 12 mois comme acceptable, et un traitement de plus de 12 mois à la hauteur des recommandations internationales pour un premier épisode (Guide de pratique de l'Association des psychiatres du Canada)[3]. Pour le traitement de patients ayant présenté plusieurs épisodes psychotiques, une durée de plus de trois ans est à la hauteur des recommandations internationales (CPA guideline)[4].

Analyses statistiques

Les variables continues ont été analysées avec le test de t de Student ou l'analyse de variances (ANOVA), et les variables catégorielles avec le χ^2. Un seuil de 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif. Les données manquantes furent remplacées par le score moyen lorsqu'elles représentaient moins de 3 % des données. Dans les cas contraires, ces données furent exclues des analyses.

Résultats

Caractéristique de l'échantillon

L'échantillon est composé de 53,9 % d'hommes et de 46,1 % de femmes. L'âge moyen des répondants est de 44,2 ans, variant de 26 à 75 ans. Les femmes MFs (40,8) sont plus jeunes que leurs collègues masculins (47,0) ($t = 11,92$; $p < 0,0001$). Les MFs de l'échantillon pratiquent principalement dans une ville universitaire avec ou sans faculté de médecine (45,8 %), alors que 28,7 % œuvrent en milieu rural ou dans une ville sans université (25,5 %). Le sexe des MFs n'est pas associé au milieu de pratique. En moyenne, les répondants pratiquent la médecine depuis 21 ans, soit 20,6 années pour les hommes et 14,0 années pour les femmes ($t = 11,48$; $p < 0,001$). Seule une minorité de répondants a participé à des formations continues sur la psychose schizophrénique. Cette tendance semble un peu moins marquée chez les femmes MFs (4,1 %) que leurs confrères masculins (9,1 %) ($\chi^2 = 9,24$; dl = 1 ; $p < 0,01$).

Le cadre de traitement

Un peu plus de 20 % des répondants (21,2 %) indiquent, qu'au cours d'une année, ils ne traitent aucun patient pour une schizophrénie. Par contre 54,7 % des répondants affirment traiter annuellement entre un et cinq patients pour la schizophrénie. Un peu moins du quart de l'échantillon (23,5 %) rapporte traiter six patients ou plus par année. Les hommes MFs ($\chi^2 = 69,03$; dl = 4 ; $p < 0,0001$) et les MFs plus jeunes ($\chi^2 = 51,00$; dl = 12 ; $p < 0,0001$) tendent à traiter plus de patients avec une schizophrénie établie. Pour la schizophrénie débutante, seulement 13,9 % des MFs traitent trois patients ou plus pour schizophrénie par année. Ce type de patient est aussi traité plus fréquemment par les MFs masculins ($\chi^2 = 13,52$; dl = 3 ; $p < 0,01$) et les MFs plus jeunes ($\chi^2 = 18,68$; dl = 9 ; $p < 0,05$). Le nombre de patients qui présentent une schizophrénie établie ou débutante n'est pas associé au fait que les MFs pratiquent en milieu urbain ou rural.

Une faible proportion des MFs (5,1 %) rapporte n'avoir eu aucune difficulté quand ils ont traité des patients atteints de schizophrénie. De plus, même si le comportement du patient est jugé problématique (par exemple agressivité, abus de substances), la majorité des MFs (68,4 %) continue malgré tout le traitement. Il en demeure tout de même un peu plus du quart des MFs (26,5 %) qui préfèrent référer leurs patients atteints de schizophrénie, à cause de ces comportements problématiques. Plus les MFs rencontrent des comportements problématiques, plus ils réfèrent ce type de patient aux spécialistes et plus ils ne sou-

haitent pas continuer à collaborer (χ^2 =190,57; dl = 4 ; p < 0,0001). Parmi les besoins exprimés en rapport avec les services psychiatriques souhaités pour la prise en charge des schizophrénies débutantes, une majorité des choix exprimés (79,1 %) révèle le besoin de la présence d'une équipe mobile de spécialistes. Notons que 52,4 % des suggestions concernent le désir de formation dans le domaine de la schizophrénie débutante. Enfin, 23.7 % des répondants font des suggestions sur la disponibilité de services institutionnels à seuil bas, c'est-à-dire très accessibles et directs tel que la consultation ambulatoire.

Satisfaction envers la collaboration avec les spécialistes

Les MFs rapportent un niveau moyen de satisfaction envers leur collaboration avec les spécialistes de 3,31 sur 5. Le niveau de satisfaction moyen est plus élevé chez les MFs qui pratiquent en milieu rural 3,5 ($IC_{95\ \%}$ = 3,38 - 3,63) que chez le MFs des villes universitaires (3,27 ; IC95 % = 3,17 - 3,37) ou non universitaires (3,15 ; $IC_{95\ \%}$ = 3,00 - 3,31). Le niveau de satisfaction envers les spécialistes n'est pas associé au sexe ou à l'âge des MFs.

Savoir en matière de diagnostic et d'évaluation

Une large majorité (83,1 %) des MFs affirme qu'une reconnaissance ciblée de la schizophrénie avant le premier épisode psychotique est possible. Cependant, 73,8 % des MFs précisent que cette reconnaissance n'est qu'occasionnellement possible, et seulement 9,3 % affirment que cela est possible dans la majorité des cas. Pour les MFs qui considèrent que la reconnaissance ciblée de la schizophrénie avant le premier épisode psychotique est occasionnellement ou presque toujours possible, 49,6 % et 75,0 % estiment respectivement que l'impact d'une telle intervention précoce est élevé (χ^2 =20,98; dl = 2 ; p < 0,0001). Enfin, une forte majorité des MFs (94,4 %) répondent qu'un premier épisode de schizophrénie est précédé par des signes d'alertes.

Le niveau moyen de connaissance général sur la schizophrénie s'élève à 56,5 % (IC95 % = 55,3 - 57,7). Quarante sept cent (47,3 %) de l'échantillon obtient une moyenne de 60 % et plus Ce niveau de réussite n'est pas associé au sexe du MFs (χ^2 =1,48; dl = 1 ; p = 223) ou à son âge (χ^2 =0,87; dl = 3 ; p = 0,833), ni à la région (rurale ou urbaine avec ou sans université) où ils pratiquent (χ^2 =2,41; dl = 2 ; p = 0,299). Par contre, le niveau de réussite (≥ 60 %) est lié à la participation au cours des derniers mois à des formations continues sur les psychoses schizophréniques (établies ou débutantes) (χ^2 =5,52; dl = 1 ; p < 0,05).

Près de six MFs sur 10 qui ont participé à ces activités (61,5 %) obtiennent un score ≥ 60 %, comparativement à 46,5 % pour ceux qui n'y ont pas participé. Le niveau de réussite s'accroît avec le nombre de patients qui présentent une schizophrénie établie, passant de 39,0 % pour les MFs qui ne voient pas de tels patients à 64,2 % chez ceux qui en voient 10 ou plus par année (χ^2 =19,56; dl = 4 ; $p < 0{,}001$). Par ailleurs, aucune association n'est observée avec le nombre de patients présentant une schizophrénie débutante qui sont vus annuellement en clinique (χ^2 = 7,24; dl = 3 ; p = 0,065). Mais, celui-ci est associé positivement aux niveaux de prise en charge des patients présentant une schizophrénie déjà établie (χ^2 =13,63; dl = 2 ; $p < 0{,}001$) ou débutante (χ^2 =12,43; dl = 2 ; $p < 0{,}01$). Enfin, les MFs qui présentent un score de 60 % ne se montrent pas plus satisfaits de leur collaboration avec les spécialistes (3,34 ($IC_{95\ \%}$ = 3,24 - 3,44) vs 3,28 ($IC_{95\ \%}$ = 3,18 - 3,38)).

Traitements pour la schizophrénie débutante et la schizophrénie chronique

Parmi les thérapies privilégiées par les MFs pour traiter la schizophrénie, la pharmacothérapie est l'approche la plus fréquemment privilégiée (67,1 %), alors que la psychothérapie en combinaison avec une thérapie de famille est le deuxième mode de traitement favorisé à 28,5 %. Les deux tiers des répondants (61,2 %) ont indiqué le ou les médicaments qu'ils utilisent le plus souvent avec un patient présentant un premier épisode schizophrénique.

Parmi l'ensemble des médicaments mentionnés par les MFs, 98,2 % sont des antipsychotiques (89,6 % sont des antipsychotiques atypiques et 8,6 % des antipsychotiques typiques). Cependant, près de 90 % (89.6 %) de tous les MFs prescripteurs ont mentionné avoir utilisé au moins une fois un atypique. Parmi les MFs qui ont mentionné un seul antipsychotique, 69 % ont recommandé un agent atypique. Dans ces cas, l'olanzapine et le risperidone seraient prescrites dans un peu moins de 40 % des cas (37.9 % et 35.4 % respectivement), alors que la quetiapine serait prescrite dans 16,1 % des cas.

Les effets secondaires des antipsychotiques les plus pertinents au niveau clinique sont : gain de poids (28 %), signes extra-pyramidaux (19 %), sédation (17 %), dyskinésie tardive (10 %) et bouche sèche (8 %). Que les gains de poids et non les signes neurologiques préoccupent en premier lieu les MFs est notable, et est sûrement différent d'il y a 10 ans.

Tableau 1
Fréquence des médicaments utilisés

	Réponses		
	N	Pour cent	Pour cent de cas
Clozapine	7	0,5 %	1,1 %
Olanzapine	500	37,9 %	76,1 %
Quetiapine	213	16,1 %	32,4 %
Risperidone	467	35,4 %	71,1 %
Chlorpromazine	6	0,5 %	0,9 %
Fluphénazine	4	0,3 %	0,6 %
Halopéridol	103	7,8 %	15,7 %
Perphenazine	1	0,1 %	0,2 %
Zuclopenthixol	1	0,1 %	0,2 %
Paroxetin	1	0,1 %	0,2 %
Divalproex	2	0,2 %	0,3 %
Clonazepam	9	0,7 %	1,4 %
Lorazepam	3	0,2 %	0,5 %
Buspiron	1	0,1 %	0,2 %
Barbiturates	2	0,2 %	0,3 %
Total	1320	100,0 %	200,9 %

Estimation des taux de rechutes, du pronostic et la durée de maintenance au traitement

Le risque de rechutes d'un patient non traité durant la première année, après un premier épisode schizophrénique, est estimé à moins de 60 % par 44,4 % des MFs. Pour leur part, quarante pour cent (40,4 %) estiment qu'il oscille entre 60 % à 90 %, et 15,2 % estiment à plus de 90 %. Quant à l'évolution d'un patient traité après un premier épisode psychotique, plus de huit MFs sur 10 (86,0 %) estiment un parcours plutôt favorable (qui correspond en fait au moins à un ou plusieurs épisodes avec une possibilité de fonctionnement social maintenu). Néanmoins, 14,0 % des répondants évoquent une évolution négative accompagnée de plusieurs épisodes de rechute, et une diminution progressive des compétences. Aux questions sur le maintien du traitement après un premier épisode psychotique et pour les patients multi-

épisodiques, 13,8 % des répondants recommanderaient une durée insuffisante de traitement (moins de six mois), 32,4 % une durée acceptable (six à 12 mois), et un peu plus de la moitié (53,8 %), une durée en accord avec les recommandations internationales (plus de 12 mois). Pour le traitement de patients avec une schizophrénie établie, 82,2 % des MFs recommandent la norme internationale d'un traitement de plus de trois ans. Il n'y a pas d'associations significatives entre les stratégies des traitements pour la durée du traitement après un premier épisode (χ^2 = 3,18; dl = 2; p = 0,204) ou un multi-épisode (χ^2 =0,003; dl = 2; p = 0,953) et le niveau de connaissances générales sur la schizophrénie.

Le temps passé en consultation avec un patient susceptible de s'engager dans un processus schizophrénique, paraît aux yeux des spécialistes très insuffisant. Cependant, il est reconnu que les omnipraticiens ne disposent pas d'une grande disponibilité, quelque soit la spécialité. Il faudrait néanmoins prévoir une mutation à l'égard de la psychiatrie si l'on veut un système où la place de l'omnipraticien soit crédible. Il faut du temps pour entrer en contact et apprivoiser la personne souffrant de schizophrénie. C'est la règle de base.

Tableau 2
Temps consacré à chaque visite avec la schizophrénie débutante suspectée

		Sexe		Divisions d'âge			Milieu		
Temps	%	Homme	Femme	26-39	40-49	50 et +	Ville universitaire	Ville sans université	Région rurale
< 10 mn	1,9	0	6,2	8,2	1,1	0,8	5,8	3	0,7
10-20 mn	19,1	100	13,1	16,4	46	8,5	16,7	22,4	53,7
20-30 mn	46,9	0	47	46,8	34,9	79,7	51,4	49,1	25,7
> 30 mn	27,5	0	33,6	28,7	18,1	11	26,2	25,4	19,9

Forces et faiblesses de l'étude

Les limites de l'étude sont similaires à celles reconnues par nos collègues suisses (Simon et al., 2005). Le taux de réponse est toujours criticable et il est certain que nous aurions préféré un plus haut pourcentage de réponses mais déjà presqu'un tiers des envois ont été répondus et traités, grâce à une collaboration de la FMOQ qui nous a transmis la liste avant randomisation.

Conclusion contextuelle

Un excellent sondage effectué en France (Verdoux et al., 2006) avec plus de 3000 MFs (taux de réponse de 23 %) préconisait un effort de formation auprès des omnipraticiens sur les schizophrénies débutantes. Notre sondage va dans le même sens et nos données sont à considérer dans le contexte plus global de la perception des maladies mentales au Québec (Stip et al., 2001, 2006, 2007). Dans un sondage parallèle en effet auprès de la population du Quebec, nous avions mis en évidence des différences entre MFs et la population non professionnelle sur des attitudes comme la compassion et la tolérance. On pourrait donc envisager que la formation aux MFs ne doit pas se désolidariser de celle de la population générale qui demeure essentielle.

Notes

1. http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/ff52dbec0b2
2. http://www.swepp.ch
3. http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs-f/search/french/help/2CPA.htm
4. http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/search/english/help/2cpa.htm

RÉFÉRENCES

LANG, F. H., JOHNSTONE, E. C., MURRAY, G. D., 1997, Service provision for people with schizophrenia. II. Role of the general practitioner, *British Journal of Psychiatry*, 171,165-8.

SKEATE, A., JACKSON, C., BIRCHWOOD, M., JONES, C., 2002, Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis, Investigation of help-seeking behaviour in primary care, *British Journal of Psychiatry*, Suppl 43, S73-7.

SIMON, A., LAUBER, C., LUDEWIG, K., BRAUN-SHARM, H., UMBRICHT, D. 2005, General practitioners and schizophrenia : results from a Swiss survey, *British Journal of Psychiatry*, 187, 274-281.

STIP, E., SEPERHY, A.A., TEMPIER, A., BROCHU-BLAIN, A., 2006, Différences et similitudes dans la perception de la schizophrénie entre les omnipraticiens et la population générale québécoise, *Santé mentale au Québec*, 31, 1,189-200.

STIP, E., CARON, J., MANCINI-MARIE, A., 2007, General population perceptions and attitudes towards schizophrenia and bipolar disorder, *Primary Care and Community Psychiatry*, 11, 4, 157-165.

STIP, E., CARON, J., LANE, C. J., 2001, Schizophrenia people's perceptions in Québec, *Canadian Medical Association Journal*, 164, 1299-300.

VERDOUX, H., COUGNARD, A., GROLLEAU, S., BESSON, R., DESCROIX, F., 2006, A survey of general practitioners' knowledge of symptoms and epidemiology of schizophrenia, *European Psychiatry*, 21, 4, 238-44.

Appendice 1 : Liste des questions

1. D'après vous existe-t-il des symptômes d'alarme pour une schizophrénie débutante ?

   ❏ Oui ❏ Non

2. Combien de patients avec une schizophrénie établie traitez-vous psychiatriquement dans votre bureau par année ?

   ❏ Aucun ❏ 1-2 ❏ 3-5 ❏ 6-9 ❏ 10

3. Combien de patients traitez-vous par année chez qui vous soupçonnez une schizophrénie débutante ?

   ❏ Aucun ❏ 1-2 ❏ 3-5 ❏ 5

4. Combien de temps utilisez-vous en général pour la consultation d'un patient schizophrène ?

   ❏ 10 min ❏ 10-20 min ❏ 20-30 min ❏ 30 min.

5. Afin de pouvoir estimer la fréquence avec laquelle des premières manifestations d'une schizophrénie sont vues dans des bureaux (privés ou CLSC), nous vous prions d'indiquer de combien de patients vous vous occupez en tout par année. _____patients.

6. Quelles sont les proportions d'âge parmi les patients dans votre bureau par année ?

   < 18 a ____ % 18-35 a ____ % 36-65 a ____ % > 65a ____ %

7. Les patients avec une psychose débutante, sont-ils traités par vous seul, ou existe-t-il une collaboration avec d'autres spécialistes ou avec des institutions ? (une seule réponse permise)

   ❏ Traitement uniquement dans mon bureau

   ❏ Fréquent/régulier, conseil d'un spécialiste pour (ré) évaluation ; transfert à un spécialiste pour diagnostic initial et pour mise en place de la médication, poursuite du traitement dans mon bureau

   ❏ Transfert à un spécialiste/consultation ambulatoire spécialisée pour prise en charge complète

8. Les patients avec une schizophrénie établie, sont-ils traités par vous seul, ou existe-t-il une collaboration avec d'autres spécialistes ou avec des institutions ? (une seule réponse permise)
   - ❏ Traitement uniquement dans mon bureau
   - ❏ fréquent/régulier, conseil d'un spécialiste pour (ré)évaluation ; transfert à un spécialiste pour diagnostic initial et pour mise en place de la médication, poursuite du traitement dans mon bureau
   - ❏ Transfert à un spécialiste/consultation ambulatoire spécialisée pour prise en charge complète
9. Êtes-vous satisfaits de la collaboration avec les spécialistes ?

   Pas du tout satisfait 1 — 2 — 3 — 4 — 5 très satisfaits
10. Il nous intéresse de savoir quelles pourraient être les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients schizophrènes. (une seule réponse permise)
    - ❏ Pas de difficultés
    - ❏ Malgré leurs comportements parfois problématiques (p. ex. agressivité, abus de substances), la prise en charge des patients schizophrènes dans mon bureau est possible
    - ❏ Suite à leurs comportements problématiques (p. ex. agressivité, abus de substances), je préfère ne pas les prendre en charge dans mon bureau
11. D'après vous, quels services psychiatriques dans le cadre de la prise en charge des schizophrénies débutantes seraient souhaitables dans votre région ? (plusieurs réponses possibles)
    - ❏ Plus de formation
    - ❏ Équipe mobile spécialisée pour évaluation sur place dans le bureau
    - ❏ Possibilité institutionnelle à seuil bas (p. ex. consultation ambulatoire)
12. Quels sont les symptômes que vous rencontrez le plus souvent dans l'évaluation d'une éventuelle schizophrénie débutante ? (plusieurs réponses possibles)
    - ❏ Hallucinations/idées délirantes
    - ❏ Repli social
    - ❏ Troubles psychosomatiques

❏ Suicidalité

❏ Dépressivité/anxiété

(Comportement bizarre

❏ Abus de substance

❏ Conflits avec parents/école/employeur

❏ Péjoration des performances scolaire/professionnelle

❏ Troubles du sommeil

❏ Vertige

13. Qu'entreprenez-vous en général comme évaluation pour renforcer le diagnostic ? (plusieurs réponses possibles)

❏ Antécédents personnels

❏ Antécédents familiaux

❏ Informations d'autrui (famille/employeur/école)

❏ Observation entre qq jours et qq semaines

❏ Observation pendant plusieurs mois

❏ Examen neurologique

❏ Examen neuropsychologique

❏ Autres examens (radiologique, électrophysiologie.)

❏ Examen laboratoire

❏ Toxicologie urinaire

❏ Consultation par un spécialiste

❏ Interrogation directe du patient concernant les symptômes relevants

14. Quelle thérapie conseilleriez-vous le plus si l'on soupçonne une schizophrénie/un premier épisode schizophrénique (indiquez un choix même s'il s'agit d'une thérapie que vous n'exercez pas vous-même) ? (plusieurs réponses possibles)

❏ Psychothérapie et thérapie de famille

❏ Pharmacothérapie

❏ Observer et attendre seulement

15. Si vous utilisez des médicaments, lesquels utilisez-vous le plus souvent dans votre bureau chez un patient présentant un premier épisode schizophrénique, et à quelles doses ?

_____ nom) ____ mg/j _____ (nom) ____ mg/j

_____ nom) ____ mg/j _____ (nom) ____ mg/j

16. Combien de temps après la rémission d'un premier épisode schizophrénique de votre patient maintiendriez-vous la médication antipsychotique ?

❏ Quelques jours ❏ 3-4 semaines ❏ 1-6 mois

❏ 6-12 mois ❏ 12-24 mois ❏ 3-5 ans

17. Combien de temps après la rémission d'un épisode schizophrénique chez un patient avec une schizophrénie établie maintiendriez-vous la médication antipsychotique ?

❏ qq jours ❏ 3-4 semaines ❏ 1-6 mois

❏ 6-12 mois ❏ 12-24 mois ❏ 3-5 ans

❏ au moins 3-5 ans

18. À combien estimez-vous le risque de rechute chez un patient non traité dans la première année après un premier épisode schizophrénique ? _____ %

19. Quels sont les deux effets secondaires cliniquement les plus importants que vous rencontrez dans le traitement neuroleptique à long terme ?

❏ Symptômes extrapyramidaux

❏ Dyskinésies tardives

❏ Sédation

❏ Vertige

❏ Prise de poids

❏ Acuité visuelle réduite

❏ Bouche sèche

❏ Dysfonction sexuelle

❏ Galactorrhée

❏ Effets secondaires hématologiques

❏ Effets sur enzymes hépatiques

❏ Convulsions

❏ Effets secondaires métaboliques (diabète, élévation des lipides dans le sérum)

20. D'après votre expérience quel est le pronostic d'un patient traité après un premier épisode (une seule réponse permise) ?
    - ❏ Pronostic peut être favorable ; simple épisode avec maintien du niveau de compétence est possible
    - ❏ En général plusieurs épisodes avec possible maintien du niveau de compétence
    - ❏ En général plusieurs épisodes avec péjoration progressive des compétences et évolution sévère
21. Croyez-vous qu'une reconnaissance ciblée de la schizophrénie avant un premier épisode est possible ?
    - ❏ Pas possible
    - ❏ Occasionnellement possible
    - ❏ Possible dans la majorité des cas
22. Comment estimeriez-vous l'impact d'une intervention précoce (avant un premier épisode psychotique) sur l'évolution d'une schizophrénie ?
    - ❏ Aucun impact
    - ❏ Modeste impact
    - ❏ Grand impact
23. Depuis combien d'années avez-vous fini vos études de la médecine ? ____ ans
24. Svp. indiquez-nous votre âge. ____ ans
25. Ces derniers mois, avez-vous participé à des formations continues qui portaient sur les psychoses schizophréniques (établies ou débutantes) ?
    - ❏ Non
    - ❏ Oui ; s.v.p. indiquez de quelle formation il s'agissait et quand elle s'est déroulée
26. Quelle est votre spécialité ?

    ❏ Médecine générale ❏ Médecine interne ❏ Autre
27. Combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne en milieu psychiatrique ?

    ❏ temps plein ❏ temps partiel

    ❏ pas du tout

28. Votre bureau se trouve-t-il dans une région urbaine ou rurale ?

❏ ville sans université ❏ ville avec université

❏ région rurale

ABSTRACT

On the front line: Survey on shared responsibility.
General practitioners and schizophrenia

Context: General practitioners (GP) play a preponderant role in the treatment of patients suffering of schizophrenia. Objectives: Discovering the number of patients with schizophrenia who are treated by GPs ; the needs and attitudes of GPs, their knowledge concerning diagnosis, and the treatment they provide. Methodology: A postal survey was conducted with Quebec GPs who were randomly chosen. Results: A total of 1 003 GPs have participated in the survey. Among them, a small percentage have to treat an early onset schizophrenia and the GPs have expressed their wish to be more informed on the accessibility of specialized services. Results pertaining to questions on diagnoses and knowledge on treatments are inconsistent. The majority of GPs treat the first psychotic episodes with antipsychotic medication. Only a third of GPs surveyed propose maintaining the treatment after a first psychotic episode, in accordance with international recommendations and the recent Canadian guidelines on practices that recommends at least 6 to 12 months of treatment after a partial or complete clinical response. Time given by male GPs to a first contact varies between 10 and 20 minutes, while 80 % of female GPs spend at least 20 minutes. The adverse effects of antipsychotic medication that raise most concern is weight gain before neurological signs. Conclusion: some of this survey's data should be considered by various professional and governmental associations, in order to improve the place of GPs in a health plan destined to treat schizophrenia.

RESUMEN

En primera línea: Encuesta para compartir.
Los médicos familiares y la esquizofrenia

Contexto: Los médicos familiares (MFs) desempeñan un papel preponderante en el tratamiento de pacientes que sufren de esquizofrenia. Objetivos: Descubrir el número de pacientes que sufren de esquizofrenia y que son tratados por los MFs; las necesidades y actitudes de los MFs, sus conocimientos en materia de diagnóstico y el

tratamiento que ofrecen. Metodología: Se realizó una encuesta por correo con los MFs de Quebec elegidos de modo aleatorio. Resultados: Un total de 1,003 MFs respondieron a la encuesta. Entre ellos, un porcentaje bajo han encontrado una esquizofrenia inicial y los MFs desean estar más informados sobre la accesibilidad a los servicios de los especialistas. Los resultados asociados a las preguntas sobre los diagnósticos y los conocimientos acerca de los tratamientos son inconsistentes. La mayoría de los MFs tratan los primeros episodios psicóticos con antipsicóticos. Solamente un tercio de ellos propone mantener el tratamiento después de un primer episodio psicótico, conforme a las recomendaciones internacionales y a la reciente guía de práctica canadiense que preconiza al menos de 6 a 12 meses de tratamiento después de la respuesta clínica parcial o completa. El tiempo consagrado por los MFs masculinos en un primer contacto se extiende de 10 a 20 minutos, mientras que el 80% de los MFs femeninas consagran al menos 20 minutos. Los efectos secundarios de los antipsicóticos más preocupantes son el aumento de peso antes que los signos neurológicos. Conclusión: un cierto número de datos de esta encuesta deberían ser retomados por las diferentes asociaciones profesionales y gubernamentales a fin de bonificar el lugar de los MFs en un plan de salud con respecto a la esquizofrenia.

RESUMO

Na primeira linha: Sondagem para uma divulgação. Os clínicos gerais e a esquizofrenia

Contexto: os clínicos gerais (médicos de família - MFs) representam um papel preponderante no tratamento dos pacientes que sofrem de esquizofrenia. Objetivos: descobrir o número de pacientes que sofrem de esquizofrenia que são tratados por MFs, as necessidades e atitudes dos MFs, seus conhecimentos em matéria de diagnóstico, e o tratamento que prescrevem. Metodologia: uma sondagem postal foi realizada com MFs do Quebec, escolhidos de maneira aleatória. Resultados: um total de 1.003 MFs responderam à sondagem. Dentre eles, uma pequena porcentagem encontrou uma esquizofrenia inicial e os MFs desejam ser melhor informados sobre a acessibilidade aos serviços de especialistas. Os resultados obtidos com as questões sobre os diagnósticos e os conhecimentos sobre os tratamentos são inconsistentes. A maioria dos MFs trata os primeiros episódios psicóticos com antipsicóticos. Apenas um terço dentre eles propõe manter o tratamento após um primeiro episódio psicótico, conforme as recomendações internacionais e o recente guia de prática canadense, que preconiza pelo

menos 6 a 12 meses de tratamento após a resposta clínica parcial ou completa. O tempo dedicado pelos MFs masculinos a um primeiro contato dura entre 10 e 20 minutos, ao passo que 80% das MFs femininas consagram, pelo menos, 20 minutos. O efeito colateral dos antipsicóticos mais inquietante é o aumento de peso antes dos sinais neurológicos. Conclusão: um certo número de dados desta sondagem deverão ser retomados por diferentes associações profissionais e governamentais, a fim de melhorar a importância dos MFs em um plano de saúde com respeito à esquizofrenia.