

Médecins omnipraticiens : pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec

General practitioners: Practices and integration of mental health care in Québec

Médicos generales: Prácticas e integración de los cuidados en salud mental en Quebec

Médicos generalistas: práticas e integração dos cuidados em saúde mental no Quebec

Armelle Imboua et Marie-Josée Fleury

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029759ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029759ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Imboua, A. & Fleury, M.-J. (2009). Médecins omnipraticiens : pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 55–76. <https://doi.org/10.7202/029759ar>

Résumé de l'article

Cet article examine le profil sociodémographique des médecins omnipraticiens (MO), leur rôle dans la prise en charge des troubles mentaux (transitoires/modérés, graves/persistants) dans les différents territoires (urbain, semi-urbain ou rural) du Québec, et si la pratique clinique et de collaboration de ces derniers est orientée vers une intégration des services de santé mentale. Cette étude transversale est basée sur 398 MO représentatifs de l'ensemble des MO du Québec qui répondaient à un questionnaire. L'étude révèle que les MO jouent un rôle central en santé mentale. Le profil sociodémographique et de pratique diffère selon les territoires. Les types de territoire et le degré de gravité du trouble mental influencent la propension des MO à intégrer les soins de santé mentale. Enfin, les MO pratiquent majoritairement en silo, mais soutiennent un renforcement de l'intégration des services de santé mentale. Les auteurs concluent que pour favoriser l'intégration des services de santé mentale, des incitatifs plus proactifs devraient être soutenus par les élites politiques et adaptés en fonction de la gravité des cas et des milieux. La pénurie des ressources, particulièrement frappante en milieu rural et l'insuffisance de mécanismes d'aide à la décision clinique, réduisent néanmoins les relations interprofessionnelles et limitent sérieusement l'intégration du dispositif de soins.



Médecins omnipraticiens : pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec

Armelle Imboua*

Marie-Josée Fleury**

Cet article examine le profil sociodémographique des médecins omnipraticiens (MO), leur rôle dans la prise en charge des troubles mentaux (transitoires/modérés, graves/persistants) dans les différents territoires (urbain, semi-urbain ou rural) du Québec, et si la pratique clinique et de collaboration de ces derniers est orientée vers une intégration des services de santé mentale. Cette étude transversale est basée sur 398 MO représentatifs de l'ensemble des MO du Québec qui répondaient à un questionnaire. L'étude révèle que les MO jouent un rôle central en santé mentale. Le profil sociodémographique et de pratique diffère selon les territoires. Les types de territoire et le degré de gravité du trouble mental influencent la propension des MO à intégrer les soins de santé mentale. Enfin, les MO pratiquent majoritairement en silo, mais soutiennent un renforcement de l'intégration des services de santé mentale. Les auteurs concluent que pour favoriser l'intégration des services de santé mentale, des incitatifs plus proactifs devraient être soutenus par les élites politiques et adaptés en fonction de la gravité des cas et des milieux. La pénurie des ressources, particulièrement frappante en milieu rural et l'insuffisance de mécanismes d'aide à la décision clinique, réduisent néanmoins les relations interprofessionnelles et limitent sérieusement l'intégration du dispositif de soins.

Le système de santé au Québec connaît des transformations en raison des contraintes budgétaires, de la multiplication des dispensateurs de soins, des nouvelles technologies et d'une augmentation de la demande de la population. Dans le but d'en améliorer la performance, les transformations visent à rationaliser les services en réduisant les problèmes de coordination et de continuité, à développer des pratiques

* M.D., MSc, Agente de recherche, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.

** Ph.D., Professeur adjoint, Département de Psychiatrie, Université McGill, chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal.

Remerciements

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et des partenaires décideurs. Nous les remercions pour leur contribution; nous désirons aussi remercier les médecins omnipraticiens qui ont bien voulu participer à l'étude, les membres de l'équipe de recherche, particulièrement Youcef Ouadahi et Jean-Marie Bamvita. Un remerciement spécial au Dr Paul Lamarche pour ses commentaires.

basées sur les données probantes et à éviter le dédoublement des services. C'est ainsi qu'à la fin des années 1990, l'intégration des services, établie par des réseaux intégrés de services (RIS) a été mise de l'avant comme solution en vue de réformer l'organisation des services de santé (Malcolm et Barnett, 1995 ; Provan, 1997 ; Leatt et al., 2000 ; Glouberman et Mintzberg, 2001). La mise en œuvre des RIS implique une consolidation des soins primaires et des services dispensés dans la communauté ainsi qu'une intégration du dispositif de soins qui permettent d'éviter le recours aux soins spécialisés et l'hospitalisation. La réforme en cours au Québec, introduite par le projet de Loi 83 (MSSS, 2005), vient soutenir la mise en place de services de santé et de services sociaux intégrés, organisés autour du déploiement des réseaux locaux de service (RLS¹ — 95 au total au Québec) où l'accent est mis sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services de santé.

Le rapport synthèse sur les soins de santé mentale de proximité du Health Evidence Network² (HEN) décrit l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires, comme un modèle de soins et de services équilibrés (*balanced care model*) qui met l'accent sur la dispensation de services dans un milieu communautaire à proximité de la population desservie, des hospitalisations les plus brèves possible, disponibles sans délai et seulement lorsqu'elles s'avèrent nécessaire (Thornicroft et Tansella, 2003). D'autres auteurs ont défini cette approche (Blount, 1998 ; Lester et al., 2004). Dans l'ensemble, l'accent est mis sur la dispensation majoritaire des soins dans la communauté afin de favoriser l'accessibilité et la continuité. De nombreuses études (Meadows, 1998 ; Starfield, 1998 ; OMS, 2001 ; Craven et Bland, 2006) ont souligné l'importance du renforcement de l'intégration des soins primaires aux soins de santé mentale par l'implantation de modèles de soins partagés ou de collaboration³. Ainsi, une meilleure coordination est favorisée entre les MO et les psychiatres et les autres dispensateurs de soins en santé mentale. Ces modèles de soins partagés, axés sur les soins primaires et la dispensation des services dans la communauté, sont rapportés être plus efficaces que les modèles axés sur les soins spécialisés et une pratique en silo (Craven et Bland, 2006 ; Fleury, 2006).

Au Québec, les *Plans d'action* du MSSS de 1998-2002 et de 2005-2010 orientent les réformes en santé mentale (MSSS, 1998 ; MSSS, 2005). Le premier plan d'action a surtout ciblé le déploiement d'une gamme variée de services (suivi intensif et d'intensité variable, services de crises), et la consolidation des services dans la communauté offerts à la clientèle présentant des troubles mentaux graves (schizophrénie, troubles bipolaires), mais aussi la mise en œuvre des RIS en santé

mentale. Le second *Plan d'action 2005-2010* se distingue du premier, car il met davantage l'accent sur le soutien dans les centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) de la clientèle aux prises avec des troubles transitoires ou modérés de santé mentale (TTM. SM — dépression, anxiété, troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité) ou ayant des TG. SM, mais dont l'état est stabilisé. Ainsi, des transferts d'effectifs importants sont prévus des hôpitaux psychiatriques et des départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans les CSSS, en vue de consolider les soins primaires et opérationnaliser les modèles de soins partagés et de collaboration⁴ entre les psychiatres, les équipes déployées en CSSS et les MO.

Les MO jouent un rôle central dans les transformations en cours puisque ces derniers constituent la porte d'entrée aux services et sont les dispensateurs principaux des soins primaires (Kates, 2002 ; Lesage et al., 2006). Toutefois, très peu d'études se sont intéressées à leur pratique en santé mentale, particulièrement au Québec (Lucena et al., 2002 ; Dilts et al., 2003 ; Gilbert, 2003). Ainsi pour saisir l'ampleur de la réforme proposée et appréhender l'importance des efforts à y consacrer pour sa réussite, de meilleures connaissances sont requises. Nos objectifs sont : 1) d'établir le profil sociodémographique des MO ; de mettre en évidence le rôle central des MO en santé mentale et l'importance qu'ils attribuent à ce rôle, selon le profil TTM. SM ou TG. SM des patients et les types de territoire ; 2) d'identifier si la pratique clinique et de collaboration des MO selon les contextes, est orientée vers une meilleure intégration des soins de santé mentale ; et 3) d'établir les conditions ou mécanismes d'intégration privilégiés par les MO, selon leur contexte de pratique.

Méthodologie

Échantillon

Une enquête transversale a été menée auprès de 1415 MO⁵ de neuf RLS compris dans cinq régions sociosanitaires du Québec, soit 19 % des MO de la province. Les RLS inclus dans l'étude ont été sélectionnés afin d'obtenir une bonne représentativité des territoires urbains, semi-urbains et ruraux (dont certains comportant un hôpital psychiatrique). Les MO sélectionnés étaient aussi représentatifs de la diversité des profils de pratique : pratique en silo ou de groupe en clinique privé, CLSC, centres hospitaliers, groupes de médecine de famille (GMF), cliniques-réseau et cliniques sans rendez-vous.

Collecte des données

Les résultats de la recherche proviennent d'un questionnaire auto-administré élaboré par l'équipe de recherche, balisé par une revue

exhaustive de la littérature et validé par une équipe multidisciplinaire (décideurs, MO et psychiatres). Le questionnaire a été pré-testé. Il comporte 143 items, soit de type catégoriel ou continu, soit construit selon des échelles de Likert à quatre niveaux (1 = très en désaccord; 4 = très en accord). Les items sont regroupés en six dimensions: 1) profil socio-démographique des MO; 2) caractéristiques des patients desservis; 3) profil de pratiques cliniques des MO; 4) collaboration développée entre les MO et les ressources de santé mentale; 5) perception des MO de la qualité des services de santé mentale et 6) soutien des MO aux stratégies de collaboration à promouvoir pour une meilleure intégration des services⁶. Le temps requis pour répondre au questionnaire est estimé à 30 minutes (Fleury et al., 2008; Imboua, 2008).

La collecte des données s'est effectuée de septembre 2005 à février 2007. Elle a nécessité trois relances et une participation active de partenaires décideurs⁷. La banque de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les années 2002 et 2006, et d'autres études, ont été utilisées pour effectuer des analyses comparatives entre notre échantillon et l'ensemble de la population des MO du Québec quand cela était possible (Savard, 2007; Sondage national des médecins (SNM), 2007; Ouadahi et al., 2009).

Analyses

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

Résultats

Représentativité de l'échantillon

Des 1415 MO visés par l'enquête, 183 ont été exclus, car ils étaient retraités ou avaient déménagé. Cent soixante dix (170) sujets ont également été exclus, car ils n'ont pu être rejoints ni par téléphone, ni par courriel pour vérifier s'ils avaient reçu le questionnaire. Ainsi, des

1062 questionnaires restant, 435 ont été retournés, soit un taux de réponse de 41 %. Sur ce nombre, 37 MO ont été retirés du bassin de répondants (26 ne pratiquaient plus et 11 n'avaient pas répondu au questionnaire d'une façon satisfaisante). L'échantillon final comprend 398 MO. La représentativité de l'échantillon a d'abord été analysée par une comparaison du genre avec les non-répondants, ce qui a donné un résultat non significatif ($\chi^2 = 3.44$, $df = 1$, $P = 0.0637$). Ensuite, une comparaison entre notre échantillon et la population des MO du Québec a été réalisée selon : l'âge, le genre, les lieux de pratique, les territoires de pratique, la proportion de patients ayant des problèmes de santé mentale. Comme l'indique le Tableau 1, les tests réalisés ne montrent aucune différence significative entre notre échantillon et la population cible des MO du Québec pour l'ensemble des dimensions analysées.

Tableau I
**Comparaison entre les MO de notre échantillon
 et les MO de la population du Québec**

	MO de l'échantillon (%)	MO de la population du Québec (%)	Échantillon vs population du Québec		
			χ^2	DI	P
Classe d'âge (années)			0,20	16	0,22
35 et moins	8,3	13,7			
36-45	32,9	27,5			
46-55	41,5	35,0			
56-65	14,6	18,3			
65 et plus	2,8	5,5			
Genre					
Homme	48,7	55,1			
Femme	51,3	44,9	0,049	2	0,976
Lieu de pratique					
Cabinet médical	80,1	69,8	2,67	1	0,10
CLSC	23,6	27,3	0,24	1	0,63
Hôpital	49,4	57,3	1,28	1	0,26
Urgence	17,3	25,2	1,93	1	0,16
Territoires de pratique			1,34	1	0,25
Urbain	66,3	74,9			
Non urbain	33,7	25,1			
Pourcentage de patients avec des problèmes de santé mentale	24,9	20,0	0,47	1	0,49

Profil sociodémographique et pratique clinique des MO en santé mentale

Les MO en territoire rural sont significativement plus jeunes (43,4 ans) que les MO en territoire urbain (48,1) et semi-urbain (48,7) ($p = 0,013$). En général, les MO ont un lieu de pratique majoritaire⁸, mais les MO des territoires ruraux ont en moyenne plus de lieux de pratique comparativement aux MO des deux autres types de territoire ($p < 0,001$). Le nombre d'heures effectuées par semaine par les MO en territoire rural est significativement plus élevé que celui des MO en territoire urbain (50,03) et semi-urbain (48,67) ($p = 0,003$).

Dans une semaine type, le nombre de patients rencontrés par les MO en territoire rural (106) est statistiquement plus élevé qu'en territoire urbain (86) ($p = 0,004$). Parmi 56 % des cas de trouble de santé mentale pris en charge par les MO (c'est-à-dire traités et suivis à plus ou moins long terme), les cas de TTM. SM sont les plus nombreux, soit 69 % (comparativement à 31 % pour les patients avec TG. SM); cette différence est non significative entre les territoires. Peu importe le territoire de pratique, les MO font principalement le suivi de la médication, effectuent la thérapie de support surtout pour leurs patients présentant des TTM. SM, mais ils recourent très peu à la psychothérapie que ce soit pour les TTM. SM ou les TG. SM. La différence des moyennes est non significative entre les territoires pour ces trois interventions. Au cours d'une année, les MO rencontrent en moyenne sept fois leurs patients présentant des troubles de santé mentale (DS : 5 ; min = 0 ; max = 27). Les rencontres sont plus fréquentes pour les cas de TTM. SM comparativement aux cas de TG. SM (9 par année vs 6); toutefois il n'existe aucune différence significative entre les territoires pour cette variable. Pour l'intérêt que les MO accordent à intervenir auprès des patients ayant des troubles de santé mentale, 74 % considèrent «très important» d'intervenir auprès des cas de TTM. SM et 46 % auprès des TG. SM. Cette différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 1,33$; $p < 0,001$). La tendance est la même pour les territoires urbains et semi-urbains, tandis que pour les territoires ruraux, 50 % des MO considèrent qu'il est «très important» d'intervenir auprès des cas de TTM. SM et 47 % auprès des TG. SM ($\chi^2 = 0,18$; $p = 0,67$). Le Tableau 2 présente d'autres variables relatives au profil socio-démographique et à la pratique des MO.

Tableau 2
Profil sociodémographique et pratique clinique des MO

	Urbaine N = 264	Semi-urbaine N = 102	Rurale N = 32	Total N = 398 (%)
Proportion des femmes MO	51,1	51	53	51,3
Nombre moyen d'années de pratique (DS)	22 (9)	23 (9)	17 (10) ††	22 (10)
Proportion du revenu à l'acte	62	73	60 †	65
Proportion du revenu à tarif horaire	26	17	32 †	24
Proportion du revenu à salaire	12	10	8	11
Proportion des MO ayant participé à au moins une journée de FMC en SM	82	79	72	80
Nombre moyen de journées consacrées aux FMC	3	2	2	3
Proportion de patients vus pour trouble de santé mentale/semaine	26	22	23	25
Nombre de patients vus pour TTM. SM/semaine parmi cas de SM (%)	19,8 (88,6)	18,5 (88,4)	21,4 (87,8)	19,91 (88,5)
Nombre de patients vus pour TG.SM/semaine parmi cas de SM (%)	6,2 (11,4)	3,5 (11,6)	1,6 (12,2)	2,58 (11,5)
Proportion des cas de TTM.SM pris en charge par les MO	70	67	70	69
Proportion des cas de TTM.SM pris en charge par les MO	30	33	30	31
Proportion des MO qui reçoivent leurs patients en crise dans un délai 24 à 48 h	76	90	58 ††	79

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

DS : Déviation standard, FMC : Formation médicale continue, SM : santé mentale

Intégration des soins de santé mentale par les MO

Dans une semaine type, les MO réfèrent en moyenne trois patients présentant des TTM. SM (écart-type = 3,58 ; min = 0 ; max = 12), soit 17 % des cas et deux patients présentant des TG. SM vers d'autres ressources (écart-type = 2,52 ; min = 0 ; max = 10), soit 70 % des cas.

Les patients avec les TTM. SM sont surtout référés vers les cabinets privés des psychologues (31 %; $\chi^2 = 23,25$; $p < 0,001$) et vers les services psychosociaux courants des CLSC (20 %; $\chi^2 = 5,99$; $p = 0,010$), tandis que les cas de TG. SM le sont surtout vers les urgences des centres hospitaliers (27 %; $\chi^2 = 10,23$; $p = 0,001$); ces différences sont statistiquement significatives. On constate que le pourcentage de cas de TG. SM référés vers les urgences des centres hospitaliers est significativement plus élevé en territoire semi-urbain comparativement aux territoires urbains ($p = 0,003$). Il existe aussi une différence significative par rapport au pourcentage de TG. SM référés par les MO vers les organismes communautaires entre les territoires semi-urbains et ruraux, qui est inférieur pour ces dernières. Les MO en territoire rural réfèrent significativement davantage les cas de TTM. SM vers les équipes spécialisées de santé mentale des CLSC comparativement aux MO en territoire urbain, tandis que les MO en territoire urbain réfèrent significativement davantage les cas de TTM. SM vers les cabinets des psychologues et les centres de crise par rapport aux MO des territoires semi-urbains et ruraux. Les Tableaux 3 et 4 fournissent de plus amples informations sur les références et les raisons des références effectuées par les MO selon les types de territoire.

Tableau 3
**Pourcentage des cas de santé mentale référés
 par les MO aux autres ressources de santé mentale**

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

Organismes communautaires	3,1	6,6	0,8	3,8
	3,7	2,4	0,8	3,1

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

Tableau 4
Motifs de références des cas de santé mentale rencontrés effectués souvent/à l'occasion par les MO

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

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

L'importance des relations interprofessionnelles des MO a été aussi appréciée par la fréquence de leurs contacts avec les ressources du réseau de la santé mentale⁹. Au cours d'une année, près de la moitié des MO n'a aucun contact avec les différentes ressources en santé mentale (45 % : psychiatres, 59 % : équipe de santé mentale; 48 % : CLSC; 45 % : psychologues en cabinet privé). Cette tendance est pratiquement la même en territoire urbain et semi-urbain. Toutefois, on constate que par rapport aux MO en territoire urbain et semi-urbain, une proportion plus élevée de MO en territoire rural n'a aucun contact avec l'équipe de psychiatrie (69 %) et les psychologues en cabinet privé (72 %). En général, plus de 90 % des MO n'ont aucun contact avec les organismes communautaires et les centres de crise et 14 % des MO n'ont pas du tout de contact au cours d'une année avec l'un ou l'autre des professionnels ou des organismes de la santé mentale cités précédemment. Parmi les MO n'ayant aucun contact, 71 % sont en territoire urbain et 16 % en

rural ($\chi^2 = 61,54$; $p < 0,001$). Par ailleurs, les MO dans les trois territoires sont très peu impliqués dans l'admission à l'urgence, dans l'élaboration d'un plan de traitement et dans la planification de la sortie de l'hôpital lors de l'hospitalisation de leur patient, à l'exception du suivi post-hospitalier (urbain : 69 %, semi-urbain : 71 %, rural : 77 %).

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

À l'exception des formulaires standardisés de référence, plus de 90 % des MO des différents territoires considèrent qu'il est « important ou très important » de privilégier les outils cliniques de travail¹⁰ afin d'améliorer la prise en charge conjointe des patients par les MO et les professionnels de la santé mentale. La majorité des MO (83 %) se dit également favorable au fait d'avoir des séances de formation et de soutien à la consultation, données par un psychiatre dans leur clinique. Parmi eux, 73 % préfèrent recevoir les formations et le soutien à la consultation, dans leur clinique à un rythme d'une fois au trois mois. Dans l'ensemble, plus de 80 % des MO considèrent la plupart des stratégies en lien avec l'amélioration de la continuité, l'intégration des services et l'accessibilité aux professionnels du système de santé mentale, comme étant « importantes ou très importantes », sauf le fait de privilégier l'accès à un psychiatre dans leur clinique qui est supporté par 73 % des MO. Par ailleurs, les demandes de consultations aux psychiatres les soirs et les fins de semaine, sont des stratégies peu soutenues par les MO. Cette tendance est la même pour les territoires semi-urbains et ruraux. Ces stratégies de collaboration à développer pour renforcer l'intégration des services de santé mentale pour les territoires urbains, semi-urbains et ruraux sont présentées dans le Tableau 5.

Discussion

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

Tableau 5
Stratégies de collaboration privilégiées par les MO

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

Les MO en territoire rural se démarquent de ceux en territoires urbain et semi-urbain. Ils sont plus jeunes, ont plus de lieux de pratique, travaillent plus d'heures par semaine et rencontrent plus de patients par semaine. L'application du plan régional d'effectifs médicaux depuis 1998 pourrait expliquer la jeunesse des MO en milieu rural. Le champ

d'activités plus étendu des MO en territoire rural par rapport à celui de leurs confrères en territoire urbain a déjà été démontré (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). L'éventail de services médicaux s'élargit au fur et à mesure que l'isolement géographique grandit et que le nombre d'habitants baisse. Aussi, les MO en territoire rural sont plus susceptibles de travailler dans diverses organisations (hôpitaux, centres de soins infirmiers, domicile des patients, etc.). Ceci expliquerait le plus grand nombre d'heures de travail et le nombre plus élevé de patients rencontrés par semaine chez ces derniers.

Le quart des consultations chez les MO est relié à des problèmes de santé mentale et les cas moins graves sont davantage pris en charge. Ces constats sont soulignés dans la littérature (Kendrick et al., 1994 ; Toews et al., 1996 ; Burns et al., 1997 ; Brown et al., 2002 ; Stip et al., 2007) et sont les mêmes, quelque soit le territoire de pratique. Ainsi, le rôle primordial que jouent les MO dans les différents territoires au Québec en santé mentale est démontré (Dilts et al., 2003 ; Gilbert, 2003 ; Rockman et al., 2004 ; Wright et al., 2005 ; Craven et Bland, 2006). Contrairement aux territoires urbains et semi-urbains, les MO en territoire rural accordent autant d'importance à l'intervention auprès de patients souffrant de TTM. SM que ceux souffrant de TG. SM. Ceci s'expliquerait par le fait que les MO en territoire rural sont plus susceptibles d'assumer des tâches cliniques qui relèvent normalement de spécialistes en territoire urbain. Ce faisant, ils aident à atténuer les effets indésirables attribués au manque de spécialistes¹¹ et rendent certaines activités plus accessibles en prenant le relais des psychiatres (Lafleur, 2003 ; Hogenbirk et al., 2004 ; Hutten-Czapski et al., 2004 ; Tepper, 2004). Cependant, ces activités semblent accaparer leur temps de travail et réduire leur accessibilité, étant moins nombreux à recevoir les patients dans un délai de 24 à 48 heures dans un contexte de crise comparativement aux autres territoires.

La pratique des MO dans les différents territoires s'oriente peu vers une intégration des soins de santé mentale. La faiblesse des contacts des MO avec les professionnels de la santé mentale, le nombre élevé de références pour les cas de TG. SM (qui peuvent être interprétés comme des transferts), et l'implication mitigée des MO dans le processus d'hospitalisation des patients, rendent compte de cette pratique qui est peu orientée vers une intégration des soins de santé mentale. Le manque d'expertise et de temps, la peur des agressions, les difficultés des patients à adhérer aux traitements, et à poursuivre leur traitement entre les crises, sont autant de raisons soulevées dans la littérature qui poussent les MO à référer les cas de TG. SM vers les ressources de santé mentale (Carr et al., 2004 ; Katerndahl et Ferrer, 2004 ; Ballester et al.,

2005). La pratique en silo des MO est particulièrement frappante en territoire rural où l'on note la proportion la plus élevée de MO qui n'ont aucun contact avec les psychiatres et les psychologues en cabinet privé. Aussi, en territoire urbain, les MO sont peu impliqués dans le processus d'hospitalisation, sauf pour le suivi post-hospitalier, comparativement aux MO en territoires semi-urbain et rural. Notre étude renforce les constats de d'autres études (Craven et al., 1997 ; Carr et al., 2004 ; Kates et al., 2004 ; Watson et Krueger, 2005) qui expliquent la pratique en silo des MO par leur effectif insuffisant¹², et les longs délais d'attente pour une référence en psychiatrie. De plus, la perception de ces derniers d'une mauvaise qualité de la collaboration interprofessionnelle et des services de santé mentale, particulièrement reliée aux problèmes d'accès aux ressources (psychiatres et psychologues), plus marquées en milieu rural où la capacité à payer des patients contribue également à ce résultat. Ainsi, en milieu rural, les MO auront moins tendance à orienter leurs patients vers les psychologues en cabinet privé.

En général, les MO orientent les patients vers différents partenaires selon la gravité de leur problème de santé mentale. Pour les TTM. SM, les premiers partenaires des MO sont les psychologues en cabinet privé, suivi du personnel psychosocial des CLSC, privilégiant ainsi une dynamique de complémentarité des services. Pour les cas de TG. SM, ils privilégient les ressources spécialisées selon une dynamique de hiérarchisation des services. Dans les territoires ruraux, le premier partenaire des MO pour les TTM. SM est cependant essentiellement les CLSC. Notre recherche démontre donc une collaboration bimodale traduisant l'importance d'organiser les services de santé mentale selon une intégration clinique principalement horizontale pour les cas de TTM. SM (coordination de soins primaires), et surtout verticale pour les TG. SM (soins primaires et spécialisés), afin de soutenir les MO et de mieux traiter la population. Le faible recours des MO aux organismes communautaires et aux centres de crise serait lié à leur méconnaissance de ces ressources. Cette situation devrait être résolue particulièrement en milieu rural où le recours aux soins spécialisés est moins élevé. Malgré la faible intégration des soins de santé mentale entre les MO et les diverses ressources de santé mentale, les MO de notre étude affirment soutenir le déploiement d'une meilleure intégration, indifféremment des territoires de pratique. Par ailleurs, dans le cadre de la réforme en cours, l'implication des psychiatres à la première ligne et des équipes psychosociales des CLSC en vue de soutenir les MO est certainement nécessaire, mais il ne faudrait pas omettre d'impliquer davantage les psychologues en cabinet privé qui sont aussi des partenaires de choix des MO surtout en milieu urbain et semi-urbain.

Bien que cette étude apporte de nombreuses nouvelles données, nos résultats doivent être interprétés avec prudence en raison d'abord du faible taux de réponse, mais qui est néanmoins comparable à ceux d'autres enquêtes auprès des MO (Savard et al., 2005 ; Kisely et al., 2006). D'autres limites pourraient être soulignées, à savoir : 1) la sélection intentionnelle des sites à l'étude ; 2) la sous-représentativité des territoires ruraux et 3) la possibilité que les MO davantage intéressés à la santé mentale, aient le plus répondu à notre enquête. Néanmoins, nos résultats concordent avec ceux d'autres études publiées par rapport au rôle important que jouent les MO dans la prise en charge des troubles de santé mentale au sein de la communauté, plus spécifiquement pour la dépression et l'anxiété (Grembowski et al., 2002 ; Rockman et al., 2004 ; Younes, 2005 ; Fournier, 2008). De plus, notre étude est la première au Québec à mettre en lumière la pratique clinique et de collaboration interprofessionnelle des MO en santé mentale, mais surtout leur mode de pratique différencié selon le degré de gravité des cas de santé mentale (c'est à dire, TTM. SM vs TG. SM) et selon les territoires.

Conclusion

Nos résultats ont mis en évidence que la pratique des MO s'oriente actuellement peu vers une intégration des soins de santé mentale, car les MO ont peu de contact avec les professionnels de la santé mentale, sont moins impliqués dans le processus d'hospitalisation de leurs patients et réfèrent la majorité des cas de TG. SM vers les services spécialisés. Cette pratique qualifiée de silo est plus marquée en territoire urbain, comparativement aux territoires semi-urbains et ruraux. Cependant, les MO ont témoigné soutenir majoritairement l'amélioration de l'intégration du dispositif clinique de soins de santé mentale. L'organisation effective du dispositif de soins de santé mentale semble néanmoins restreinte par l'accessibilité aux ressources, particulièrement en milieu rural.

Afin d'améliorer l'intégration des services de santé mentale, la volonté de développer et d'encourager des initiatives de soins partagés et de collaboration devrait être encore plus favorisée, puisque les MO ont affirmé leur intérêt et soutiennent majoritairement les stratégies de collaboration. Nos résultats démontrent aussi la pertinence d'adapter les modèles de dispensation de soins en fonction des types de territoire et de la gravité des cas (TTM. SM ou TG. SM). En plus des psychiatres, la réforme devrait davantage impliquer d'autres professionnels de la santé mentale comme les psychologues en cabinet privé. Tel que recommandé dans la littérature, le déploiement de mécanismes et de stratégies multimodales¹³ devrait aussi être plus soutenu, lesquels visent à soutenir la

pratique clinique et de collaboration des MO (par exemple : outils d'aide à la détection et au diagnostic de la clientèle, formation continue, guides de bonne pratique, corridors d'accès aux services spécialisés, agents de liaison, gestionnaires de cas, incitatifs financiers, éducation du patient, etc. — Friedman et Goes, 2001 ; Glouberman et Mintzberg, 2001 ; Fleury, 2006 ; Fleury, 2007 ; Fournier, 2008).

Notes

1. En santé mentale, ces RLS comprennent généralement : un centre de santé et de services sociaux (CSSS), des cliniques médicales de médecins omnipraticiens (MO), des pharmacies communautaires et des organismes communautaires qui interviennent dans différents domaines (voir l'article de Grenier et Fleury dans ce numéro). Ils doivent aussi se coordonner avec des ressources plus spécialisées dont les mandats sont régionaux ou supra-régionaux, tels que les hôpitaux psychiatriques.
2. Le réseau HEN (Health Evidence Network) coordonné par le bureau régional d'Europe de l'OMS, est un service d'information pour les décideurs dans les domaines de la santé publique et les services de santé de la région de l'Europe de l'OMS.
3. Il s'agit d'un modèle d'organisation des soins de santé mentale dans lequel l'accent est mis sur le renforcement de l'accessibilité aux soins primaires de santé mentale à travers une collaboration interdisciplinaire afin de coordonner les services généraux et spécialisés en santé mentale.
4. Les soins partagés impliquent un dispositif de coordination surtout axé sur le soutien des MO par les psychiatres. Cette coordination implique aussi une équipe d'intervention psychosociale, incluant des médecins spécialisés en santé mentale (provenant en partie des transferts effectués dans les CSSS), qui sera appelée à intervenir par l'intermédiaire d'un guichet d'accès auprès des MO pour les soutenir dans leur intervention.
5. Le recrutement des MO a été établi en fonction d'une liste fournie par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).
6. La dimension 6 se rapporte aux aspects suivants : 1) les outils cliniques de travail à privilégier à savoir : les formulaires standardisés de référence, les rapports de consultations et d'hospitalisation ; 2) les séances de formation médicale continue et de consultation de support données par le psychiatre ; et 3) les stratégies qui ont pour but d'améliorer la continuité, l'intégration et l'accessibilité au système de santé mentale.
7. Des lettres d'appui des responsables du Collège des médecins du Québec et de la FMOQ et la contribution des administrateurs médicaux des territoires ont été obtenues pour inciter les MO à remplir le questionnaire.

8. La pratique majoritaire d'un médecin a été établie selon le lieu où plus de 50 % de ses activités hebdomadaires s'établissaient.
9. Contrairement aux références, les contacts ont été définis comme impliquant une communication directe entre les professionnels de santé (ex. : conversations téléphoniques au sujet d'un patient, suivi conjoint de celui-ci).
10. Voir note 6.
11. En 2003, 44 % des psychiatres sont rapportés exercer dans la région de Montréal (Lafleur, 2003), bien que cette dernière ne regroupe que le tiers de la population québécoise.
12. Environ 25 % des Québécois n'ont pas de MO selon la Commission Castonguay (2003).
13. Différentes stratégies multimodales inspirées d'études sur les soins chroniques et les systèmes intégrés ont été décrites et devraient aider à la prise de décision.

Références

- BALLESTER, D. A., FILIPPON, A. P., BRAGA, C., ANDREOLIS, S. B., 2005, The general practitioner and mental health problems : challenges and strategies for medical education, *Sao Paulo Medical Journal*, 123, 2, 72-76.
- BLOUNT, A., 1998, Introduction to integrated primary care, in Blount A., ed., *Integrated Primary Care : The Future of Medical and Mental Health Collaboration*, Norton, New York, 1- 43.
- BROWN, J. B., LENT, B., TAKHAR J., BISHOP, J., 2002, Caring for seriously mentally ill patients, *Canadian Family Physician*, 48, 5, 915-922.
- BURNS, L. R., BAZZOLI, G. J., DYNAN, L., WHOLEY, D.R., 1997, Managed care, market stages, and integrated delivery systems : is there a relationship, *Health Affairs*, 16, 6, 204-218.
- CARR, V. J., LEWIN, T. J., BARNARD, R.E., WALTON, J. M., ALLEN, J. L., CONSTABLES, P. M., CHAPMAN, J. L., 2004, Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1, 78-84.
- COMMISSION CASTONGUAY, 2008, *Le rapport de la Commission Castonguay*, Gouvernement du Québec.
- CRAVEN, M., BLAND, R., 2006, Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes, *La Revue canadienne de psychiatrie*, 51 (Suppl. 1), 7-72.

- CRAVEN, M., COHEN, M., CAMPBELL, D., WILLIAMS, J. B., KATES, N., 1997, Mental health practices of Ontario family physicians: A study using qualitative methodology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 11, 945-949.
- DILTS, S. L. J., MANN, N., DILTS, J. G., 2003, Accuracy of referring psychiatric diagnosis on a consultation-liaison service, *Psychosomatics*, 44, 5, 407-411.
- FLEURY, M.-J., BAMVITA, J.-M., TREMBLAY, J., LESAGE, A., FARAND, L., AUBÉ, D., FOURNIER, L., POIRIER, L.-R., LUSIER, M.-T., LAMARCHE, P., OUADAHI, Y., IMBOUA, A., 2008, *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, Rapport de recherche, IRSC, Montréal.
- FLEURY, M. J., TREMBLAY, M., NGUYEN, H., BORDELEAU, L., 2007, *Le système socio-sanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*, Gaëtan Morin, Montréal.
- FLEURY, M. J., 2006, Integrated services networks: the Quebec case, *Health Services Management Research*, 19, 3, 153-165.
- FOURNIER, L., AUBÉ, D., ROBERGE, P., LESSARD, L., DUHOUX, A., CAULET, M., POIRIER, L. R., 2008, *Vers une première ligne forte en santé mentale : Messages clés de la littérature scientifique*, Institut national de santé publique du Québec.
- FRIEDMAN, L., GOES, J., 2001, Why integrated health networks have failed, *Frontiers of Health Services Management*, 17, 4, 51-54.
- GILBERT, A., 2003, *La santé mentale des adolescents québécois : Quel rôle pour les omnipraticiens*, Département de médecine sociale et préventive, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- GLOUBERMAN, S., MINTZBERG, H., 2001, Managing the care of health and the cure of disease- Part I: Differentiation, *Health Care Management Review*, 26, 1, 56-69.
- GREMBOWSKI, D., MARTIN, D., PATRICK, D.L., DIEHR, P., KATON, W., WILLIAMS, B., ENGELBERG, R., NOVAK, L., DICKSTEIN, D., DEYO, R., GOLDBERG, H. I., 2002, Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms, *Journal of General Internal Medicine*, 17, 258-269.
- HOGENBIRK, J., PONG, R. W., TESSON, G., STRASSER, R., 2004, Do rural physicians practice differently than urban physicians? *Evidence from a Canada Wide Survey of Family Physicians*, in Cinquième conférence de la Société canadienne de recherche en santé rurale et quatrième congrès international des infirmières et infirmiers spécialistes de la santé rurale, Sudbury du 21 au 23 octobre.

- HUTTEN-CZAPSKI, P., PITBLADO, J. R., SLADE, S., 2004, Short Report: Scope of family practice in rural and urban setting, *Canadian Family Physician*, 50, 1548-1550.
- IMBOUA, A., 2008, *Profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, Département d'administration de la santé, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, 2005, *Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients: Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004*, ICIS, Ottawa.
- KATERNDAHL, D., FERRER, R. L., 2004, About recommended treatment and management of major depressive disorder, panic disorder, and generalized anxiety disorder among family physicians, *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 4, 147-151.
- KATES, N., 2002, Les soins partagés en santé mentale: la voie à suivre, *Le Médecin de famille canadien*, 48, 859-861.
- KATES, N., FUGERE, C., FARRAR, S., 2004, Family physician satisfaction with mental health services: findings from a community survey, *CPA Bulletin*, 36, 2, 10-14.
- KENDRICK, T., BURNS, T., FREELING, P., SIBBALD, B., 1994, Provision of care to general practice patients with disabling long-term illness: a survey in 16 practices, *British Journal of General Practice*, 44, 384, 301-305.
- KISELY, S., DUERDEN, D., SHADDICK, S., JAYABARATHAN, A., 2006, Collaboration between primary care and psychiatric services, *Le Médecin de famille canadien*, 876-877.
- LAFLEUR, P.-A., 2003, Le métier de psychiatre au Québec, *L'Information psychiatrique*, 79, 6, 503-510.
- LEATT, P., PINK G. H., GUERRIERE, M., 2000, Towards a Canadian model of integrated healthcare, *Healthcare Papers*, 1, 2, 13-37.
- LESAGE, A., VASILIADIS, H.-M, GAGNÉ, M.-A, DUDGEON, S., KASMAN, N., HAY, C., 2006, *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- LESTER, H. T., GLASBY, J., TYLEE, A., 2004, Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS?, *British Journal of General Practice*, 54, 501, 285-291.

- LUCENA, R., LESAGE, A., ROBERT, E., LAMONTAGNE, Y., CORBIÈRE, M., 2002, Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: A survey of practitioners' opinions and characteristics, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 8, 750-758.
- MALCOLM, L., BARNETT, P., 1995, Decentralization, integration and accountability: perceptions of New Zealand's top health service managers, *Health Services Management Research*, 8, 2, 121-134.
- MEADOWS, G. N., 1998, Establishing a collaborative service model for primary mental health care, *The Medical Journal of Australia*, 168, 162-165.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2005, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- OMS, 2001, *Rapport sur la santé dans le monde, La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OUADAHI, Y., LESAGE, A., FLEURY, M.-J., 2009, *Rôle des médecins de famille : Volet données administratives 2002 et 2006, Rapport de recherche*, Douglas Institut universitaire en santé mentale, Québec.
- PROVAN, K. G., 1997, Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health, *Family and Community Health*, 19, 4, 19-30.
- ROCKMAN, P., SALACH, L., CORD, M., TURNER, T., 2004, Shared mental health care. Models for supporting and mentoring family physicians, *Canadian Family Physician*, 50, 3, 397-402.
- SAVARD, I., GAUCHER, S., RODRIGUE, J., DUBÉ, R., VILLENEUVE, P., 2005, Les médecins de famille de nouveau sous la loupe, *Le Médecin du Québec*, 40, 1, 105-116.
- SAVARD, I., RODRIGUE, J., 2007, *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006*, Direction de la planification et de la régionalisation, FMOQ, Québec.
- SONDAGE NATIONAL DES MÉDECINS (SNM), 2007, *Annexe aux documents d'information régionaux relatifs au Sondage national des médecins 2007*, Le collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- STARFIELD, B., 1998, Primary care visits and health policy, *Canadian Medical Association Journal*, 159, 7, 795-796.

- STIP, E., BOYER, R., SEPEHRY, A. A., RODRIGEZ, J. P., UMBRICH, D., TREMPIER, A., SIMON, A. E., 2007, Sur la première ligne : sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, XXXII, 1, 281-297.
- TEPPER, J., 2004, *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
- THORNICROFT, G., TANSELLA, M., 2003, *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé de proximité*, Bureau régional d'Europe de l'OMS, réseau des bases factuelles en santé.
- TOEWS, J., LOCKYER, J., ADDINGTON, D., MCDUGALL, G., WARSD, R., SIMPSON, E., 1996, Improving the management of patients with schizophrenia in primary care : assessing learning needs as a first step, *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 10, 617-622.
- WATSON, D., KRUEGER, H., 2005, *Primary Health Care Experiences and Preferences : Research Highlights*, University of British Columbia, 1-14.
- WRIGHT, M., HARMON, K. D., BOWMAN, J. A., LEWIN, T. J., CARR, V. J., 2005, Caring for depressed patients in rural communities : general practitioners' attitudes, needs and relationships with mental health services, *Australian Journal of Rural Health*, 13, 1, 21-27.
- YOUNES, N., GASQUET, I., GAUDEBOUT, P., CHAILLET, M.-P., KOVESH, V., FALISSARD, B., BAYLE, H. M.-C., 2005, General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals, *BMC Family Practice*, 6, 18.

ABSTRACT

General practitioners: Practices and integration of mental health care in Québec

This article examines the socio-demographic profile of general practitioners (GPs), their role in the management of (transient/moderate, severe/chronic) mental health disorders in different areas (urban, semi-urban, and rural) of Quebec as well as if their clinical practice and collaboration are oriented towards integration of mental health services. This crosswise study is based on 398 GPs representative of all Quebec GPs who answered a questionnaire. The study shows that GPs play a central role in mental health. According to territories, they have different socio-demographic and practice profiles. The types of territory and the degree of severity of mental health illnesses influence the propensity of GPs to integrate mental health care. Finally, GPs practiced mostly in silo, but they support greater integration of mental health services. The

authors conclude that to improve mental health services integration, more proactive incentives should be favoured by political elites, adapted to the severity of the case and environments (urban, semi-urban or rural). However, the shortage of resources that is particularly striking in rural areas as well as inadequate mechanisms for clinical decision, reduce inter-relations and seriously limit the integration of healthcare.

RESUMEN

Médicos generales: Prácticas e integración de los cuidados en salud mental en Quebec

Este artículo examina el perfil sociodemográfico de los médicos generales (MG), su papel en el cuidado de los trastornos mentales (transitorios/moderados, graves/persistentes) en los diferentes territorios (urbano, semiurbano o rural) de Quebec, y si la práctica clínica y colaboración de estos últimos se orienta hacia una integración de los servicios de salud mental. Este estudio transversal se basa en 398 MG representativos del conjunto de MG de Quebec que respondieron un cuestionario. El estudio revela que los MG desempeñan un papel central en salud mental. El perfil sociodemográfico y de práctica difiere según los territorios. Los tipos de territorio y el grado de gravedad del trastorno mental influyen en la propensión de los MG a integrar los cuidados de salud mental. Finalmente, los MG practican en su mayoría por separado, pero están en favor de un refuerzo de la integración de los servicios de salud mental. Los autores concluyen que para favorecer la integración de los servicios de salud mental, los incentivos más proactivos deberían ser apoyados por las élites políticas y adaptados en función de la gravedad de los casos y de los medios. La penuria de los recursos, particularmente alarmante en el medio rural y la insuficiencia de mecanismos de ayuda a la decisión clínica, reducen sin embargo las relaciones interprofesionales y limitan seriamente la integración del dispositivo de cuidados.

RESUMO

Médicos generalistas: práticas e integração dos cuidados em saúde mental no Quebec

Este artigo examina o perfil sociodemográfico dos médicos generalistas, seu papel no tratamento dos transtornos mentais (transitórios/moderados, graves/persistentes) nos diferentes territórios (urbano, semi-urbano ou rural) do Quebec, e se sua prática clínica e de colaboração é orientada para uma integração dos serviços em saúde mental. Este estudo transversal é baseado em 398 médicos generalistas representativos

de todos os médicos generalistas do Quebec que responderam a um questionário. O estudo revela que os médicos generalistas representam um papel central em saúde mental. O perfil sociodemográfico e de prática difere segundo o território. Os tipos de território e o grau de importância do transtorno mental influenciam a propensão dos médicos generalistas a integrar os cuidados de saúde mental. Finalmente, os médicos generalistas praticam principalmente sozinhos, mas apóiam um reforço da integração dos serviços de saúde mental. Os autores concluem que para favorecer a integração dos serviços de saúde mental, os incentivos mais proativos deveriam ser apoiados pelas elites políticas e adaptados em função da importância dos casos e dos meios. A escassez de recursos, principalmente em meio rural e a insuficiência de mecanismos de ajuda à decisão clínica, reduzem as relações interprofissionais e limitam gravemente a integração do dispositivo de cuidados.