

The logo for aqesss, featuring the word 'aqesss' in a bold, lowercase, sans-serif font, enclosed within a thin black rectangular border.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

The title text is centered within a rectangular area that has a light olive green background and is overlaid on a large orange circular graphic. The text is in a bold, uppercase, sans-serif font.

**RÉFLEXION SUR LA COLLABORATION
DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS
DE LA COMMUNAUTÉ AVEC LES ÉQUIPES
DE SANTÉ MENTALE DES CSSS**

Édition :

Coordination de l'édition : Monick Coupal

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2010

Distribution :

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
La Direction de l'organisation des services et de la qualité
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 400
Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : (514) 282-4228
Site Web : <http://www.aqesss.qc.ca>

Dépôt légal – 2^{er} trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-89636-102-1 (PDF)

Ce document est disponible gratuitement pour les membres sur le site Web,
section « Accès membres », sous l'onglet Documentation.

L'utilisation ou la reproduction d'extraits à des fins commerciales n'est pas autorisée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET CONTEXTE	5
1. Le plan d'action santé mentale 2005-2010 « La force des liens » : rappel des grandes lignes concernant la participation des médecins	7
2. Quelques données et informations sur les médecins omnipraticiens au Québec.....	9
3. Rôle et profil de pratique des médecins omnipraticiens en santé mentale	12
4. Ententes FMOQ/FMSQ/gouvernement : les mesures qui auront un impact sur la collaboration des médecins en santé mentale	15
5. Expériences terrains, modèles d'organisation et conditions essentielles.....	16
CONCLUSION.....	18
ANNEXE: Liste de membres du comité de coordination stratégique en santé mentale de l'AQESSS	21

INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'AQESSS s'est donnée comme objectif, en ce qui a trait au programme-services de santé mentale, de faire les représentations nécessaires et de soutenir ses membres, particulièrement les CSSS, de façon à favoriser la collaboration entre les omnipraticiens pratiquant dans la communauté et les équipes de 1^{re} ligne en santé mentale. Afin de cerner les actions les plus pertinentes à engager au plan associatif à ce chapitre, il était essentiel de faire le point sur la situation actuelle. Il est utile de rappeler que le contexte dans lequel s'est située cette réflexion de l'AQESSS a sensiblement évolué au cours de la dernière année. Rappelons que l'AQESSS, via le comité de coordination stratégique en santé mentale¹, a amorcé sa réflexion sur le sujet en 2006-2007. Conscients que la participation des médecins généralistes de la communauté est au cœur des conditions de succès du virage de première ligne amorcé en santé mentale, les membres du comité stratégique ont rapidement identifié cette question comme étant prioritaire.

Les CSSS, en tant que responsables de la mise en place des réseaux locaux de services en santé mentale, se doivent de favoriser l'implication et la collaboration des médecins de la communauté dans l'offre de services de première ligne en santé mentale en harmonie avec leurs équipes. En octobre 2007, l'AQESSS publiait d'ailleurs le document *Guide d'application sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*² à l'intention des membres. Il est à noter que le sujet des ententes entre un CSSS et une clinique médicale est abordé dans ce document.

Par où commencer pour favoriser la collaboration des acteurs fondamentaux que sont les médecins généralistes avec les gestionnaires et les cliniciens des CSSS? À quel niveau les actions de l'AQESSS, au service de ses membres d'abord, seront-elles les plus porteuses sinon de solutions du moins d'influence pour que cette collaboration prenne forme sur le terrain? Quel est le créneau de l'AQESSS lorsqu'on sait que la FMOQ, la FMSQ, le collège des médecins, le MSSS, le gouvernement du Québec, les directions régionales de médecine générale (DRMG) sont autant « d'organisations » directement concernées par cette question et, par conséquent, influentes sur la dynamique et l'organisation nationale et régionale des services?

L'enjeu était de taille et le temps semble avoir joué en notre faveur, car entre le début de notre réflexion (hiver 2006-2007) et maintenant, certains morceaux du « casse-tête » sont tombés en place. D'autres comités ou instances faisant partie de la solution ont pris forme et ces éléments ont été pris en compte dans notre réflexion.

¹ Voir la liste des membres du comité de coordination stratégique en santé mentale de l'AQESSS en annexe.

² Guide d'application sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), AQESSS, octobre 2007, 62 pages.

Parmi ces éléments « nouveaux », notons évidemment les ententes survenues en novembre 2007 entre le gouvernement du Québec et les fédérations médicales, les résultats d'un projet de recherche sur le profil de pratique des médecins de famille en santé mentale par une chercheuse de l'Université McGill et de l'Institut Douglas (hiver 2008), la mise sur pied (hiver 2008) par le MSSS d'un comité d'experts cliniques ayant comme mandat de proposer des lignes directrices, notamment en matière de « balises cliniques en ce qui concerne le cheminement de l'utilisateur des services à travers les services hiérarchisés de première ligne et deuxième ligne et de façon bidirectionnelle ». Il est d'ailleurs à souhaiter que les liens entre les médecins généralistes de la communauté et les équipes des CSSS soient abordés par ce comité. Un sous-comité a notamment entamé des travaux sur le guichet d'accès en santé mentale, composante essentielle de l'équipe de première ligne. Le rapport de ce comité ministériel devrait être publié « chapitre par chapitre » au cours de 2008-2009.

Il est également à noter que l'équipe de Louise Fournier, de l'Institut national de santé publique coordonne un vaste programme de recherche appelé « Dialogue » en lien avec l'actualisation du plan d'action en santé mentale. Ce projet constitue une source importante d'informations sur la mise en place de la première ligne en santé mentale.

Il est donc à dire que plusieurs acteurs du système s'intéressent et poursuivent des travaux pertinents allant dans le sens d'une implication optimale des partenaires que sont les médecins. L'AQESSS se devait d'identifier sa zone d'influence et de compétence à l'intérieur de cet environnement.

1. LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 « LA FORCE DES LIENS » : RAPPEL DES GRANDES LIGNES CONCERNANT LA PARTICIPATION DES MÉDECINS

Objectif général du plan d'action : « Doter le Québec d'un système efficient qui reconnaît le rôle des personnes utilisatrices et qui offre l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire »³.

Le plan d'action mise sur cinq éléments structurels pour la mise en place de la gamme de services :

- 1) Les soins partagés : une approche basée sur la collaboration interdisciplinaire entre différents intervenants, impliquant évidemment les médecins généralistes et spécialistes (psychiatres);
- 2) Le psychiatre répondant : interlocuteur privilégié des intervenants de première ligne dont le médecin omnipraticien qui a besoin de l'avis d'un spécialiste;
- 3) L'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne du CSSS : une équipe en jeunesse et une équipe en adulte dispensent les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux qui ne nécessitent pas une expertise spécialisée de 2^e ou 3^e ligne. (Ces équipes sont les portes d'entrée, les guichets d'accès aux services de santé mentale);
- 4) Le guichet d'accès : lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de 1^{re} ligne, fait partie des services de 1^{re} ligne;
- 5) La hiérarchisation des services : mode d'organisation qui vise l'utilisation optimale des ressources de 1^{re}, 2^e, et 3^e ligne, les services de 1^{re} ligne étant universellement disponibles.

Il est important de rappeler que les services de 1^{re} ligne en santé mentale sont de deux ordres : des services généraux offerts à toute la population et les services de 1^{re} ligne spécifiquement destinés à la santé mentale (personnes ayant des troubles mentaux). Tous ces services de 1^{re} ligne sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les GMF, les psychologues scolaires ou en pratique privée, certains organismes communautaires et, dans les cas urgents, par les CH.

Le plan d'action spécifie que, dans les CSSS, les équipes de SM, **en collaboration étroite avec les professionnels de leur territoire (médecins et intervenants psychosociaux)**, particulièrement ceux des GMF, pourront traiter en 1^{re} ligne la majorité des personnes après que celles-ci aient été évaluées au guichet d'accès. (Le plan d'action vise à ce que 75 % des personnes présentant un trouble mental trouvent réponse à leurs besoins de soins et services en 1^{re} ligne.) C'est cette collaboration que l'AQESSS souhaite favoriser par ses actions.

³ Plan d'Action en Santé Mentale, La Force des Liens. Gouvernement du Québec, 2005.p12.

Concernant le rôle des principaux acteurs, le plan rappelle que les CSSS ont la responsabilité de la santé de la population de leur territoire et qu'ils doivent garantir localement l'accès aux services de 1^{re} ligne, à certains services de 2^e ligne et conclure les ententes nécessaires pour assurer l'accès aux services régionaux.

Les GMF offrent des services de santé mentale de 1^{re} ligne. Il est écrit dans le plan d'action en santé mentale (PASM) que « les personnes présentant des problèmes de santé complexes et chroniques et recevant des soins de 1^{re} ligne dans un GMF seront lorsque nécessaire : orientées pour un suivi conjoint vers les programmes du CSSS (p . 68).

Il est à noter que l'AQESSS, à travers les travaux qu'elle mène actuellement dans le dossier « prospective CSSS » milite en faveur du développement de nouvelles formules de partenariat avec les médecins, formules souples et adaptées aux différentes réalités susceptibles de mieux répondre aux contingences des CSSS et des médecins de certains territoires.

Finalement, concernant les médecins généralistes et les pédiatres en cabinets privés « ils sont des acteurs centraux dans le traitement des troubles mentaux modérés et des troubles graves stabilisés. Parmi les patients qu'il reçoit au cours d'une journée typique de cabinet, un généraliste rencontre 40 % de personnes souffrant de troubles mentaux, souvent camouflés par des plaintes somatiques réelles. L'accès rapide à une expertise interdisciplinaire solide dans un CSSS permettra à ces médecins de mieux jouer leur rôle ». (PASM, p. 67).

C'est à ce dernier paragraphe que la présente réflexion réfère principalement. Les questions que l'AQESSS s'est posées :

- Comment favoriser la mise en place de ce partenariat entre les CSSS et les médecins de la communauté, partenariat permettant notamment de rendre disponible aux médecins une expertise interdisciplinaire solide susceptible de les soutenir dans leur rôle indispensable de première ligne en santé mentale?
- Quelles sont les conditions essentielles à cette collaboration sur lesquelles l'AQESSS et ses membres sont en mesure d'agir?

2. QUELQUES DONNÉES ET INFORMATIONS SUR LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS AU QUÉBEC

Quelques données (2005-2006)⁴

En 2005-2006, nous comptons 7641 médecins omnipraticiens au Québec représentant 7303 médecins en équivalent temps complet (ETP). Un ETP représente un médecin dont le revenu se situe entre le 40^e et le 60^e percentile de la distribution des revenus pour cette profession.

La plupart de ces médecins ayant une pratique mixte, la répartition entre les différents milieux de pratique est présentée à la fois en nombre d'individus et en ETP.

- 2043 médecins travaillent en CLSC pour un équivalent de 845,8 ETP;
- 4159 pratiquent en CH de soins généraux et spécialisés, urgence et hospitalisation surtout, pour un équivalent de 2545,2 ETP;
- 5063 médecins pratiquent en cabinet privé, solo, en GMF pour un équivalent de 3505,4 ETP.

On estime que le Québec vit actuellement une pénurie de médecins omnipraticiens de l'ordre de 790 omnipraticiens. Le problème est loin d'être solutionné car les projections pour les années futures estiment une aggravation de la pénurie en ETP, malgré une augmentation du nombre de médecins omnipraticiens, et ce, même si les cohortes universitaires étaient augmentées à 850 nouveaux étudiants par année.

Il semble que les finissants universitaires ne soient pas attirés par la médecine familiale. Pour l'année 2006-2007, seulement 298 des 360 postes de résidence en médecine de famille ont été comblés dans les universités québécoises⁵.

Depuis sept ans, 1950 spécialistes sont sortis des facultés de médecine des universités, contre 1300 omnipraticiens⁶.

Omnipraticiens et clientèles de santé mentale

Or, les médecins omnipraticiens, qui ne semblent pas suffisamment nombreux selon les chiffres présentés ci-haut, jouent un rôle crucial auprès des personnes présentant des troubles de santé mentale.

La plupart des études soulignent que plus de 80 % de la population consulte un médecin de famille chaque année et qu'environ le tiers des rendez-vous médicaux concerne un problème identifié de santé mentale. On estime que plus de 50 % de la

⁴ Source : Des omnipraticiens à la grandeur du Québec-Évolution des effectifs et des profils de pratique – 2007, FMOQ.

⁵ Journal de Montréal, juin 2007. « La relève abandonne la médecine familiale ». La Presse, 1^{er} juin 2007 « Nos jeunes médecins se découragent ».

⁶ Le Devoir, 9 oct. 2008. « Cri d'alarme des omnipraticiens-Un million de québécois sont privés d'un médecin de famille »

population souffrant de troubles mentaux reçoit des soins de santé mentale de son médecin de famille sans recourir à d'autres distributeurs de soins. Selon des données 2004-2005, au Québec, les omnipraticiens traiteraient trois fois plus de personnes ayant des problèmes de santé mentale que les psychiatres.⁷

Le plan d'action en santé mentale prône la collaboration entre les médecins de famille suivant des clientèles avec troubles mentaux. Ce qu'on entend et qui a tendance à être prouvé par les résultats d'une récente étude qui fait l'objet du point suivant, va dans le sens d'une insuffisance majeure des liens entre les omnipraticiens et les autres dispensateurs de services de première ligne (CSSS, psychologues, centres de crise et autres ressources communautaires, etc.) ainsi qu'avec les services spécialisés psychiatriques ou autres. Dans un contexte de pénurie, il devient d'autant plus important d'optimiser le travail des omnipraticiens en favorisant une approche de soins partagés.

La « solitude » des omnipraticiens en santé mentale

Plusieurs soulignent la « solitude » des médecins omnipraticiens pratiquant en santé mentale. Ceux-ci seraient insuffisamment outillés ou formés et trop souvent peu informés de l'ensemble des ressources en santé mentale présentes sur leur territoire, incluant les services offerts par le CSSS. Cette méconnaissance ou connaissance insuffisante de leurs partenaires potentiels et des services qu'ils rendent contribuerait d'ailleurs à entretenir une certaine méfiance à l'égard des partenaires, cela non par mauvaise foi mais plutôt par un sens élevé des responsabilités « *Je ne référerai pas mon patient vers des services dont je ne connais ni la valeur ni la qualité* ».

De plus, ayant peu ou pas accès aux conseils de spécialistes tels ceux d'un psychiatre répondant ou consultant, plusieurs omnipraticiens hésiteraient actuellement à traiter des patients présentant un trouble mental. Il s'avère que les médecins omnipraticiens ayant pu développer ces liens avec un spécialiste peuvent aller beaucoup plus loin dans leur pratique en santé mentale en suivant même des patients avec troubles graves.

Il est à noter que la littérature scientifique dans le domaine de la santé témoigne généralement de l'efficacité des modèles d'organisation axés sur la collaboration, particulièrement en ce qui concerne les troubles plus complexes ou chroniques.

Les mesures structurantes dont celles liées à la rémunération

Il semble que l'ensemble des mesures structurantes incluant une rémunération adaptée aux défis que pose la clientèle avec troubles mentaux et à une pratique interdisciplinaire ne soit pas encore au rendez-vous.

Par ailleurs, il est important de souligner que des conditions favorables sur le plan de la rémunération existent depuis 2007, en ce qui est à trait à la participation à une

⁷ Wallot et Yale, 2005.

discussion de cas par le médecin qui exerce en cabinet. Il y a en effet eu ajout, par la RAMQ, d'un acte pour rémunérer une rencontre ou une conférence téléphonique formelle selon les modalités d'application suivantes :

- La discussion de cas concerne un ou plusieurs patients vulnérables inscrits par ce médecin. Toutefois, malgré ce qui précède, elle s'applique également au patient qui ne répond pas à la définition de patient vulnérable, mais dont les problèmes de santé mentale, incluant les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, justifient la tenue d'une discussion de cas;
- Cette discussion se tient avec un ou des intervenants du CSSS (à l'exception pour le md qui œuvre en GMF, du personnel du CSSS qui exerce au sein de ce même GMF), de tout autre établissement, d'un organisme communautaire pertinent ou du milieu scolaire;
- Cette discussion a une durée d'au moins 15 minutes;
- La facturation doit préciser l'identité du patient et, en renseignements complémentaires, l'identité des autres patients concernés;
- La discussion doit donner lieu à des notes au dossier de chacun des patients concernés.

On sait aussi que les médecins de la communauté sont interpellés pour prendre part à l'élaboration du projet clinique en santé mentale. En prenant part aux processus décisionnels d'organisation des services, les médecins se mobilisent, rencontrent leurs partenaires et ont plus de chance de s'impliquer dans l'offre de services en collaboration avec les équipes des CSSS.

Pour encourager cette implication, une entente est survenue entre la FMOQ et le MSSS selon laquelle les médecins qui participent à l'organisation des projets cliniques sous la responsabilité des CSSS sont éligibles depuis le 1^{er} janvier 2007 à une banque d'heures totale d'environ 500 heures. Cette banque d'heures dévolues au CSSS permet à ce dernier de rémunérer, sous un mode de tarif horaire convenu entre la FMOQ et le MSSS, le ou les médecins impliqués. Cette entente est valable jusqu'au 31 mars 2010.

De plus, les récentes ententes conclues entre le gouvernement et la FMOQ (ainsi qu'avec la FMSQ) constituent très certainement une avancée majeure susceptible d'encourager une implication plus grande des omnipraticiens à l'offre de services de première ligne en santé mentale. Nous reviendrons spécifiquement sur ces ententes plus loin dans ce document.

3. RÔLE ET PROFIL DE PRATIQUE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS EN SANTÉ MENTALE

Nous disposons actuellement au Québec de très peu d'études sur le rôle des médecins de famille et encore moins sur ce rôle en santé mentale. C'est pourquoi l'étude réalisée par Marie-Josée Fleury (Ph.D.)⁸, chercheure à l'Institut Douglas, nous semble des plus pertinentes. Sur plusieurs aspects, cette recherche vient confirmer certaines hypothèses ou observations faites quant au profil de pratique des médecins omnipraticiens (MO) et surtout quant à leurs besoins.

Les objectifs de la recherche étaient les suivants :

1. Évaluer la nature et l'importance des problèmes de santé mentale de la clientèle des médecins de famille;
2. Mieux comprendre les rôles des médecins de famille en SM, particulièrement leurs pratiques d'intervention;
3. Identifier les stratégies de coordination à privilégier dans les réseaux de services et les besoins de soutien des médecins de famille.

Cette étude s'est basée sur un échantillon représentatif de 398 médecins omnipraticiens (MO) du Québec. Neuf territoires de CSSS dans cinq régions différentes ont fait l'objet de l'étude. De façon très synthétisée, les principaux résultats de la recherche, en lien avec notre réflexion associative, sont les suivants :

- Rôle important des MO : 25 % des consultations sont reliées à la SM, 70 % des patients vus avec Troubles transitoires et modérés (TTM) sont pris en charge, 30 % des patients avec Troubles graves (TG) sont pris en charge⁹;
- Prise en charge surtout traditionnelle axée sur le suivi de la médication et thérapie de support;
- Principal motif de référence des MO vers les psychiatres : l'évaluation diagnostique et la suggestion de traitement pharmacologique;
- Peu d'outils cliniques déployés (ex. : protocoles de traitement, formulaires standardisés de référence, plans d'intervention) sauf rapports de consultations jugés adéquats;
- 60 % des raisons de transfert des patients seraient dues au manque de formation des MO en SM;
- + : Dans un contexte de crise, 79 % des MO rencontrent leurs patients dans un délai de moins de 48 heures;

⁸ Marie-Josée Fleury, Ph.D., Département de psychiatrie, Université McGill; Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. *Rôle des MO en santé mentale et intégration des services en réseau*, présentation PP, AQESSS, 29 janvier 2008.

⁹ Il est à noter que selon les données de la RAMQ pour 2006, il s'agit de 20 % des consultations, mais pas de différence significative entre le 25 %/398 MO et ce 20 % sur l'ensemble des MO au Québec.

- Les outils les plus appréciés lorsqu'ils travaillent avec un autre professionnel : formulaires de références, protocoles de médicaments et surtout rapports de consultations;
- Pratique en silo : peut s'expliquer par une perception générale d'une mauvaise qualité des services de SM et de la collaboration interprofessionnelle :
 - Taux de référence très élevés pour les TG (70 %) plus faible en TTM (17 %); raison principale : complexité; incitatif financier : seulement 12 %;
 - Très peu de contacts entre les MO et les autres dispensateurs de services;
 - Peu d'implication des MO lors de l'hospitalisation de leurs patients (sauf en suivi post-hop, 70 % s'impliquent);
 - Seuls 10,7 % des TG et 8,8 % des TTM sont référés par un MO vers l'équipe de SM du CSSS (CLSC);
 - 8,2 % des TG et 20,3 % des TTM sont référés vers les services psychosociaux courants des CSSS (CLSC) (probablement mieux connus que les équipes de SM qui, sur certains territoires sont encore embryonnaires). Les centres de crise et les organismes communautaires font encore moins l'objet de références. Les TTM sont référés à 31,1 % vers les cabinets de psychologues;
 - Les TG sont surtout référés vers l'urgence (26,8%) et vers les cliniques externes de psychiatrie.
- Les quatre principales causes de transferts des cas graves ou des TTM vers les services spécialisés sont : la complexité du cas, la gravité du cas, le manque de soutien des psychiatres et le manque de formation; viennent ensuite les incitatifs financiers et le peu d'intérêt pour cette clientèle;
- La recherche souligne que 18 % des MO ont un contact avec le CLSC au moins une fois aux trois mois, la même chose avec les psychologues en cabinet;
- Par ailleurs, 20% des MO ont un contact au moins une fois par année avec un psychiatre alors que 44,7 % n'ont aucun contact avec un psychiatre;
- 48,5 % n'ont aucun contact avec le CLSC;
- 70,2 % s'impliquent dans le suivi post-hospitalier;
- Lorsqu'ils s'impliquent avec un partenaire : habituellement satisfaits de la relation interprofessionnelle. Ce niveau de satisfaction est surtout élevé avec :
 - les services d'urgence (76,9%), les cabinets de psychologues (82,19%), les organismes communautaires (72,4%) et les centres de crise (71,6%);
 - Moins élevés pour les services psychiatriques des hôpitaux et les équipes des CLSC.
- Temps d'attente de l'information demandée lors d'une demande de consultation auprès d'un psychiatre : Moyenne en jours : 59,7 (3 mois), maximum : 180 jours (9 mois), minimum : (1 jour).

- Deux principaux modèles de prise en charge et de collaboration se dégagent :
 - TG : hiérarchisation des services : ressources hospitalières spécialisées, psychiatrie;
 - TTM : besoin de soutien complémentaire pour services psychosociaux avec des psychologues ou avec le CLSC et aussi de façon ciblée avec les psychiatres comme 3^e partenaire;
 - Organismes communautaires et centres de crise : trop peu connus et peu utilisés mais appréciés lorsqu'utilisés.
- Les MO veulent un rehaussement des stratégies de collaboration et de soutien par l'amélioration des rapports de consultation d'hospitalisation, par l'accès facilité à un psychiatre sous différentes formes, par l'accès facilité aux autres professionnels de santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, etc.).

Résultats de la recherche liés à la prise en charge des TTM par les MO :

- L'intérêt des MO pour la SM augmente la prise en charge;
- Le savoir et le sentiment de confiance augmentent la prise en charge;
- La complexité des cas diminue la prise en charge;
- L'importance accordée à travailler avec l'équipe de psychiatrie et la qualité des relations avec cette équipe (CH) diminue la prise en charge (!);
- La logique de complémentarité augmente la prise en charge (contacts avec les psychologues, les MO qui travaillent en GMF, contact avec les CLSC, etc.).

Donc, il est important :

- de favoriser à la fois la complémentarité des services et la hiérarchisation;
- d'investir dans la formation des MO;
- de favoriser la prise en charge des cas moins complexes par les MO.

4. ENTENTES FMOQ/FMSQ/GOVERNEMENT : LES MESURES QUI AURONT UN IMPACT SUR LA COLLABORATION DES MÉDECINS EN SANTÉ MENTALE

En novembre 2007, la FMOQ, la FMSQ et le MSSS ont convenu de plans d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux qui comportent vingt-cinq mesures pour la FMOQ et vingt-quatre pour la FMSQ. Certaines de ces mesures visent une meilleure prise en charge des clientèles vulnérables par un médecin de famille, particulièrement en santé mentale, et une plus grande accessibilité, lorsque cela est requis, à un médecin psychiatre.

- ***Mesures pour favoriser la prise en charge des problèmes de santé mentale par les médecins omnipraticiens :***
 - Prioriser la prise en charge et la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques en révisant la liste des clientèles vulnérables pour y inclure d'autres catégories, entre autres, certains problèmes de santé mentale (à définir);
 - Favoriser les liens entre les médecins de famille, les médecins spécialistes répondants et les équipes de santé mentale en établissant des mécanismes formels de suivi conjoint pour certains patients;
 - Favoriser l'accessibilité des patients, par le biais de leur médecin de famille, à l'expertise à distance d'un médecin consultant (ex. : consultation téléphonique); (mesure non exclusive à la santé mentale).
- ***Mesures pour favoriser l'accessibilité aux médecins psychiatres :***
 - Réduction des délais d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation du médecin spécialiste, par la conclusion d'ententes, la création de guichets d'accès, la création de groupes de médecins spécialistes;
 - Rémunération de la consultation téléphonique ou de la téléconsultation;
 - Mise en place de corridors de service interrégionaux afin d'assurer un guichet garanti d'accès.

- ***Liens entre ces mesures et les constats faits sur les besoins actuels***

Ces mesures, en soutenant la pratique des médecins omnipraticiens auprès des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, devraient avoir un impact sur le niveau de confort et de confiance requis par les omnipraticiens.

Dans l'ensemble, les mesures qui seront mises de l'avant sont certainement un grand pas dans la bonne direction. Nous y trouvons, entre autres, un écho à plusieurs constatations issues des échanges au comité de coordination stratégique

en santé mentale de l'AQESSS (« solitude » des omnipraticiens, besoin de psychiatres répondants, etc.) et également issues des résultats du projet de recherche de l'Institut Douglas. Il est d'ailleurs à souhaiter que ces résultats de recherche soient pris en compte notamment en ce qui a trait aux catégories de clientèles vulnérables à définir et à ajouter à la liste.

5. EXPÉRIENCES TERRAINS, MODÈLES D'ORGANISATION ET CONDITIONS ESSENTIELLES

Les CSSS sont peu nombreux à avoir pu mettre en place des équipes complètes de santé mentale de première ligne tant en adulte qu'en jeunesse. Ils sont encore moins nombreux à avoir pu créer une réelle collaboration entre ces équipes et les médecins de famille pratiquant dans la communauté.

Dans la région de Montréal, pour toutes sortes de raisons souvent liées à l'organisation et aux relations de travail, il reste beaucoup à faire pour actualiser la réorganisation des services de santé mentale. Dans ce contexte, la collaboration entre les CSSS et les médecins de famille en est encore à ses débuts.

Par ailleurs, certaines démarches et modèles forts prometteurs se sont développés notamment à Québec et en Montérégie¹⁰. Un certain nombre de conditions favorisant la collaboration des médecins se dégagent de ces expériences. Quoique chaque expérience desquelles nous avons pris connaissance, ne regroupe pas nécessairement l'ensemble des conditions de succès, voici de façon synthétique celles qui nous semblent les plus importantes :

- Un guichet d'accès à l'équipe de première ligne en santé mentale est mis en place;
- Le gestionnaire coordonnateur de l'équipe de première ligne possède, en plus de ses habilités de gestion, un savoir clinique qui favorise les échanges avec les médecins de la communauté;
- L'équipe de première ligne est complète et aussi stable que possible et chaque professionnel joue son rôle dans l'optique du projet de loi 50 sur la modernisation des professions de la santé mentale et des relations humaines.
- Un médecin omnipraticien fait partie de l'équipe :
 - assume des contacts personnalisés avec les médecins de la communauté,
 - apporte un soutien clinique dans un esprit de soins partagés,
 - joue un rôle-conseil lors des discussions d'équipe.

¹⁰ Les CSSS Québec-Nord, Haut-Richelieu-Rouville et du Suroît ont mis en place des modèles particulièrement intéressants à ce chapitre.

- Un psychiatre joue un rôle de répondant auprès de l'équipe et favorise les liens avec les médecins de la communauté et les médecins spécialisés de la deuxième ligne;
- Les professionnels, le gestionnaire et les médecins de l'équipe du CSSS sont intéressés par cette pratique. Rôle important de « leader » du gestionnaire, du médecin omnipraticien et du psychiatre selon le cas;
- Un médecin « pilier » est identifié dans chacune des cliniques de la communauté;
- Une infirmière de liaison fait partie de l'équipe;
- Des outils standards sont utilisés, tels : formulaire pour la collecte d'information pour la pré-évaluation, formulaire de référence à l'intention des médecins de la communauté (recto-verso);
- Les médecins de la communauté ont fait l'objet de rencontres personnalisées soit avec le médecin de l'équipe et/ou le gestionnaire de l'équipe, dans leur milieu de travail;
- Des « espaces » de rencontre et d'échange entre les membres de l'équipe du CSSS et les médecins de la communauté ont été créés (rencontres d'équipe, formations conjointes, conférences, etc.);
- La prise en charge des patients orphelins est coordonnée;
- Un soutien par un ou des médecins du CSSS est apporté aux médecins de la communauté dans le cas de patients jugés particulièrement complexes. Dans certains cas, si le médecin de la communauté n'est pas en mesure de suivre le patient, ce dernier est pris en charge par un médecin du CSSS;
- Une bonne communication avec les médecins est assurée tout au long du suivi par le CSSS (envoi du rapport d'évaluation réalisé pour le patient, appels de suivi, rapport de fin de suivi acheminé au médecin omnipraticien);
- La clientèle de santé mentale est au cœur du travail des GMF et des cliniques-réseaux;
- La structure de l'équipe du CSSS demeure simple et facile à mobiliser;
- Le travail est axé sur le soutien clinique, le partage d'expertise et la hiérarchisation des soins;
- L'organisation des soins et les processus sont axés sur une approche « gagnant-gagnant ». L'équipe du CSSS et les médecins ont une plus-value à travailler ensemble.

CONCLUSION

L'État de situation et la réflexion que nous avons réalisés sur les besoins, les mesures, et les conditions nécessaires à la collaboration entre les médecins de la communauté et les CSSS, n'ont pas la prétention d'être vastes et scientifiques. Néanmoins, cet exercice a éclairé l'AQESSS dans la planification de ses activités de représentation et de soutien de ses membres à ce chapitre.

Nous n'insisterons jamais trop sur le rôle de «leader mobilisateur» que les gestionnaires en CSSS doivent exercer au plan local.

En comprenant mieux les besoins des médecins, en connaissant les mesures en vigueur et celles à venir et en prenant connaissance des modèles d'organisation « gagnants », nous croyons que les gestionnaires des programmes de santé mentale en CSSS seront mieux outillés pour susciter un partenariat constructif au service de la population de leur territoire.

ANNEXE

**Membres du comité de coordination stratégique en santé mentale de l'AQESSS
(2006-2008)**

M^{me} Micheline Anctil* : Directrice générale, CSSS de la Haute-Côte-Nord

D^{re} Dorice Boudreault : Médecin omnipraticien, CSSS du Suroît

M. Daniel Corbeil** : Directeur général adjoint, CSSS de Laval

M^{me} Denise Fortin : Directrice du programme adaptation sociale, CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord

M. Jean-Luc Parenteau : Directeur du programme de santé mentale, CSSS de Beauce

D^r Jean Paratte : Psychiatre, chef de département, président de la table santé mentale de Laval, CSSS de Laval (Cité de la santé)

M^{me} Line Routhier : Coordonnatrice du programme santé mentale adulte, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

D^{re} Anne Soulières*** : Psychiatre, CHRDL Joliette-Autry

D^r Jean-Bernard Trudeau : Directeur des services professionnels, Institut Douglas

De l'AQESSS :

M^{me} Monick Coupal : Conseillère à la direction de l'organisation des services, des affaires médicales et de la qualité

M^{me} Ginette Leblanc : Directrice de l'organisation des services et de la qualité

D^{re} Michèle Pelletier : Directrice des affaires médicales

Nous tenons à mentionner la participation de **D^{re} Nicole Caza**, médecin omnipraticien au CSSS de Laval, aux travaux du groupe de réflexion sur la participation des médecins omnipraticiens, au cours de l'année 2007. Nous la remercions de cette contribution.

*S'est jointe au comité fin 2007.

**Était DGA au CSSS de la Vallée de la Gatineau au moment de joindre le comité.

***A quitté le comité en juin 2008.