

**RAPPORT D'ÉVALUATION
DU PROGRAMME PPS-MD :
PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SUICIDE
S'ADRESSANT AUX OMNIPRATICIENS**

Michel Préville, Ph.D.,
Marie Julien, Ph.D.,
Stéphane Groulx, M.D.,
Lorraine Deschênes, B.Sc.,
Jean-Louis Denis, Ph.D.,
Danielle St-Laurent, M.Sc.,
Yves P. Fillion, B.Sc., M.B.A.,

Novembre 2004

Cette étude a été subventionnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par la Direction de la santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Dépôt légal – 4^{ième} trimestre 2004
ISBN 2-921470-47-0

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
1. PRÉSENTATION	6
1.1 Problématique	6
1.2 Pertinence du projet	8
1.3 Le projet PPS-MD	9
1.4 Objectif général du programme PPS-MD	10
2. PHASE I - ÉLABORATION DU PROGRAMME	11
2.1 Le sondage auprès de médecins omnipraticiens	11
2.2 Groupe de discussion réunissant des médecins omnipraticiens	12
2.3 Consultations auprès des partenaires	13
2.4 Synthèse	13
2.5 Description du programme	15
3. PHASE II - ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS DU PROGRAMME PPS-MD	19
3.1 Méthodologie de l'évaluation du PPS-MD	19
3.1.1 Devis de recherche	19
3.1.2 Population à l'étude	20
3.1.3 Sources et procédure de cueillette des données	21
3.1.4 Stratégies d'analyse	24
3.2 Résultats	25
3.2.1 Évaluation de l'implantation du programme PPS-MD	25
3.2.2 Évaluation des effets du programme	31
4. DISCUSSION	39
5. CONCLUSION	44
6. RECOMMANDATIONS	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Variables quantitatives à l'étude	24
Tableau 2a : Caractéristiques sociodémographiques des médecins 26	
Tableau 2b : Caractéristiques sociodémographiques des patients à l'étude 32	
Tableau 3 : Résultats de l'analyse de régression logistique bivariée traduisant l'effet du programme sur les variables dépendantes à l'étude.....	35
Tableau 4 : Comparaison de moyennes traduisant l'effet du programme sur les variables dépendantes à l'étude.....	38

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure de fonctionnement du projet	10
Figure 2 : Ordre d'implantation des composantes du programme	15
Figure 3 : Programme PPS-MD de prévention du suicide auprès des médecins.....	15
Figure 4 : Processus de recrutement des médecins	21

REMERCIEMENTS

Ce projet pilote a été supporté financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Direction de la santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Les auteurs remercient Madame Lise Trottier pour sa participation à diverses étapes de l'analyse des données et Madame Jade Bilodeau qui a accepté de réviser le manuscrit de ce rapport. Les demandes d'informations reliées à ce projet de recherche peuvent être adressées au Dr Michel Prévile, Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1036 rue Belvédère sud, Sherbrooke, Canada, J1H 4C4. Courriel: Michel.Preville@USherbrooke.ca ou à Madame Marie Julien, Institut national de santé publique du Québec, 4835, avenue Christophe-Colomb, Bureau 200, Montréal (Québec) H2J 3G8. Courriel : marie.julien@inspq.qc.ca ou au Dr Stéphane Groulx, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 1255 rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3. Courriel : s.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca .

Ce rapport porte sur l'évaluation d'un projet pilote réalisé en 1999-2001 et rendu possible grâce au soutien et à la collaboration de plusieurs partenaires, dont les associations médicales régionales et locales de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les départements de psychiatrie locaux et la Direction régionale de médecine générale de la Montérégie. Nous tenons à les remercier.

Finalement, ce projet n'aurait pu être réalisé sans la participation des omnipraticiens du groupe d'intervention et du groupe témoin qui ont accepté notre invitation à participer à ce projet d'expérimentation et à son évaluation. Nous tenons à remercier le personnel des cliniques médicales, ainsi que les patients de ces cliniques qui ont accepté de répondre à nos questions. De même, nous soulignons l'implication des organismes communautaires partenaires. Nos remerciements s'adressent aussi aux intervieweuses qui ont permis la collecte des données, ainsi qu'aux techniciennes de recherche qui ont créé les banques de données et réalisé certaines des analyses.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Le présent projet proposait de mettre à profit des expertises et un partenariat déjà établi entre des institutions de planification, d'intervention et de recherche de la Montérégie pour implanter et évaluer un programme de prévention du suicide. Le comité de planification de cette recherche était composé de chercheurs, de planificateurs et de cliniciens qui combinaient des expertises en suicidologie, en méthodologie de recherche en intervention communautaire et en matière d'introduction d'innovations dans la pratique clinique médicale. Ce comité assurait la responsabilité de la coordination et de la qualité scientifique du projet.

Monsieur Michel Prévile a agi comme chercheur principal. Il détient une maîtrise en sociologie et un doctorat en santé communautaire de l'Université de Montréal. Il est chercheur senior du FRSQ et professeur agrégé au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Il est également chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Il s'intéresse à l'épidémiologie de la santé mentale des personnes âgées et aux comportements de santé. Il conduit plusieurs études sur le suicide gériatrique.

Madame Marie Julien était co-responsable du projet. Elle détient un Ph.D. en psychologie et travaillait comme agent de recherche à la Direction de la santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie au moment de l'expérimentation. Elle est présentement rattachée à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle est impliquée dans la problématique du suicide depuis plusieurs années, ayant participé entre autres au groupe de travail chargé de l'élaboration de la Stratégie québécoise d'action face au suicide.

Monsieur Stéphane Groulx est médecin de famille en pratique privée et professeur-adjoint de clinique au département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. Il a été professeur adjoint au département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke pendant 6 ans et directeur de l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Charles Lemoyne pendant 3 ans. Il est aussi médecin-conseil à la Direction de la santé publique de la Montérégie. Ses intérêts de recherche portent

principalement sur la promotion des pratiques cliniques préventives efficaces auprès des médecins de première ligne et sur la communication médecin-patient.

Madame Lorraine Deschênes détient des baccalauréats en psychologie et en animation culturelle. Elle œuvre depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention du suicide. Elle a été membre fondateur et présidente de l'Association québécoise de suicidologie. Elle a aussi été directrice générale du Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska à Granby pendant 15 ans. Elle a formé un nombre important d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Elle a en outre agi comme expert-conseil au moment de suicides en série survenus à Coaticook. Son expertise de contenu a constitué un apport important à ce projet.

Monsieur Jean-Louis Denis détient un doctorat en administration de la santé de l'Université de Montréal. Il est professeur agrégé à cette université et membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS). Ses intérêts de recherche portent sur l'organisation des services et il possède une vaste expérience en évaluation de programmes.

Madame Danielle St-Laurent détient une maîtrise en épidémiologie et est coordonnatrice à l'Unité connaissance-surveillance de la Direction planification, recherche et innovation de l'Institut national de santé publique. Elle est impliquée dans la problématique du suicide depuis plusieurs années.

Monsieur Yves P. Filion, détient une maîtrise en administration. Il a agi comme coordonnateur du projet à la Direction de santé publique de la Montérégie. Ses intérêts et ses expériences portent sur la coordination et l'évaluation de programme en santé publique, mais plus particulièrement en promotion de la santé mentale et des saines habitudes de vie.

RÉSUMÉ

Le programme PPS-MD a été réalisé dans le cadre des projets-pilote financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux suite à l'adoption de la Stratégie d'action face au suicide. Ce rapport fait état de l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité du programme PPS-MD qui s'est déroulé de 1999 à 2001.

Problématique

Le suicide est un problème majeur de santé publique au Québec. Entre 50 et 76% des personnes qui se suicident visitent un médecin omnipraticien¹ au cours du mois qui précède leur décès. Cependant, dans près de la moitié des cas, les médecins ne réussissent pas à détecter la présence de troubles mentaux chez leurs patients. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté des médecins omnipraticiens à intervenir. Les connaissances du médecin sur la symptomatologie, son attitude et ses habiletés à percevoir la détresse émotionnelle seraient en cause. Il y a également l'isolement dans lequel il se retrouve dans le cadre de sa pratique clinique, connaissant peu ou mal les ressources de la communauté et celles du réseau institutionnel. Finalement, le contexte dans lequel il travaille pose problème. Son rôle de même que celui du médecin psychiatre ne sont pas bien définis et l'accès aux soins psychiatriques et aux ressources de santé mentale n'est pas optimal.

Pertinence du projet

La recherche de solutions novatrices pour prévenir le suicide s'impose. Un volet de formation des médecins omnipraticiens est une avenue suggérée. D'autres facteurs que la formation peuvent aussi influencer sur la capacité du médecin généraliste à reconnaître les signes suicidaires chez leurs patients et sur leur capacité à intervenir. Ces facteurs se rapportent aux conditions organisationnelles dans lesquelles s'exerce la pratique médicale. La prise en compte de ces facteurs constitue un élément critique dans l'élaboration d'un programme efficace de prévention et représente un des aspects novateurs du programme PPS-MD.

¹ Médecin, médecin généraliste et omnipraticien sont utilisés de façon interchangeable dans ce document.

Le projet PPS-MD

Dans ce contexte, nous avons proposé d'expérimenter un programme de prévention du suicide visant à rejoindre la population à risque de suicide via les médecins généralistes : le programme «PPS-MD». L'objectif du projet PPS-MD était d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, prendre en charge et référer les patients qui présentaient des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou d'abus ou de dépendance à l'alcool. Ce programme s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide proposée récemment par le gouvernement et appuyée plus récemment par le Programme national de santé publique et le Plan d'action régional en Montérégie. L'une des actions proposées dans ces plans stratégiques consiste justement à s'assurer d'une formation adéquate des médecins omnipraticiens pour l'identification, le traitement et la référence des personnes qui souffrent de troubles mentaux ou qui présentent un risque suicidaire élevé.

Le développement du projet PPS-MD comportait deux phases: (1) une phase d'élaboration du programme PPS-MD reposant sur une évaluation des besoins de la population cible et (2) une phase d'expérimentation et d'évaluation de l'implantation et des effets du programme.

Phase I - Élaboration du programme

Cette phase visait la réalisation d'un diagnostic des facteurs d'ordre individuel et organisationnel qui affectent la capacité des médecins omnipraticiens de jouer un rôle dans la prévention du suicide. Ce diagnostic a été réalisé au moyen de consultations et de groupe de discussion auprès d'omnipraticiens et de partenaires du réseau. Cette phase diagnostique nous a conduit à proposer un programme comportant deux grands volets. Le premier consistait en (1) des activités de sensibilisation des médecins à la problématique du suicide par une déléguée médicale et (2) une activité de formation incluant la distribution d'outils de bureau susceptibles d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, prendre en charge et référer des patients qui présentent des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le deuxième volet consistait à mettre en place des mesures organisationnelles susceptibles de soutenir l'action des médecins généralistes auprès des patients à risque.

Phase II - Évaluation de l'implantation et de l'efficacité du programme PPS-MD

La seconde phase du projet concernait l'expérimentation et l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité du programme qui s'est déroulée en Montérégie.

Évaluation de l'implantation

Soixante-quatre pour cent des 84 médecins généralistes du territoire expérimental, qui répondaient aux critères de sélection du projet ont accepté de rencontrer la déléguée médicale à l'intérieur d'une période de trois semaines. Cette visite a permis aux délégués médicaux de présenter le programme PPS-MD et d'inviter les omnipraticiens du groupe expérimental à participer à un atelier de formation sur la prévention du suicide. Le taux de participation à la formation médicale offerte dans le cadre du programme (ou ayant reçu les outils) a été de 58% des médecins rencontrés par la déléguée médicale. Ce qui représente 37% (n=33) des médecins oeuvrant dans la région.

L'activité de formation a été organisée par la Direction de santé publique de la Montérégie en collaboration avec les associations médicales régionales. Le contenu de l'atelier a été offert tel qu'il était prévu dans le plan d'action. De même, une psychiatre du centre hospitalier local et une intervenante de la ressource psychosociale locale ont participé à l'atelier de formation à titre d'experts de contenu dans leurs domaines respectifs. La méthode pédagogique utilisée durant l'atelier de formation était basée sur le jeu de rôle et a été fortement appréciée des médecins. À la fin de la formation, ils jugeaient excellent ou bon l'effet de la présentation sur leur pratique. Par contre, lors d'une enquête six mois après la formation, les médecins redoutaient d'aborder la question suicidaire lors de l'histoire clinique, de peur de ne pas être en mesure de conclure la rencontre dans un délai assez court, ou encore de ne pas avoir de ressources disponibles vers qui diriger les patients suicidaires.

De manière générale, les omnipraticiens ont apprécié les outils de bureau qui leur ont été distribués et les trouvaient utiles. Par contre, nous avons noté une utilisation mitigée du questionnaire PPS-MD. Malgré une relance faite par le médecin formateur, l'utilisation de cet outil est demeurée marginale.

Cinq mois après la formation, un bulletin d'information a été envoyé par télécopieur aux médecins participant au programme, afin de soutenir leur intérêt et leur participation. En outre, lors de l'activité de formation médicale continue, la promotion du service de psychiatrie local a été faite auprès des médecins généralistes participant. Nos résultats montrent que le recours à cette ressource a varié d'un médecin à l'autre. Deux ressources communautaires ont aussi été présentées aux omnipraticiens lors de l'activité de formation : une ressource psychosociale et une ressource en toxicomanie. Nos résultats montrent que seuls deux omnipraticiens ont développé l'habitude de référer les patients à risque, dont un le faisait déjà avant l'implantation du programme.

Évaluation des effets du programme

Nos résultats ont montré que les médecins abordaient les problèmes de santé mentale auprès de seulement 48,5% des patients ayant un trouble probable de santé mentale lors de leur visite médicale. D'autre part, ils ont mis en évidence le fait que 4,3% des patients avaient des idées suicidaires sérieuses au cours du mois précédant leur visite médicale et que seulement 23,5% d'entre eux nous ont rapporté en avoir discuté avec leur médecin lors de leur visite médicale.

Les résultats de l'évaluation de l'efficacité du programme PPS-MD n'ont pas permis de mettre en évidence des différences significatives entre les groupes expérimental et témoin quant à la proportion de patients avec qui les symptômes de dépression ou les idées suicidaires ont été abordés, de même qu'en ce qui concerne le comportement de prescriptions et de références en psychiatrie ou à un autre professionnel de la santé mentale.

Conclusion et recommandations

Cette étude n'a pas démontré l'efficacité du programme PPS-MD. Cependant, nos résultats suggèrent que l'instauration d'une innovation, telle que le programme PPS-MD, dans la pratique médicale actuelle est pertinente et possible, mais qu'il s'agit d'un processus laborieux. Cette conclusion est partagée par d'autres auteurs qui ont montré que l'implantation d'une intervention visant le dépistage des patients à risque de problème de santé dû à l'alcool demande une formation et un support soutenu à

l'implantation pour démontrer son efficacité. Des barrières structurelles et organisationnelles limitent l'implantation à long terme de tels programmes.

Compte tenu de nos observations concernant la faisabilité d'une intervention auprès des médecins, il est suggéré de poursuivre le travail de sensibilisation des associations médicales à la problématique du suicide. L'engagement des leaders de la profession médicale devrait aller au-delà de l'appui moral et déboucher sur le recrutement de leaders locaux probablement rémunérés. La réalisation d'une tournée de sensibilisation, le développement de canaux de communication et la formation de facilitateurs locaux devraient être envisagés afin d'obtenir un support actif des leaders locaux pour ce type de programme. De plus, compte tenu des coûts associés à l'implantation d'un tel programme, il est suggéré de procéder à une révision du programme et à une nouvelle évaluation de son efficacité avant de procéder à la généralisation du programme PPS-MD.

1. PRÉSENTATION

Le programme PPS-MD a été réalisé dans le cadre des projets-pilote financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux suite à l'adoption de la Stratégie d'action face au suicide (MSSS, 1998). Le projet visait à élaborer et à évaluer l'implantation d'un programme de prévention du suicide qui s'adresserait à des médecins omnipraticiens. Grâce à un soutien financier complémentaire obtenu de la Direction de la santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, il a été possible d'ajouter une évaluation des effets au devis présenté initialement au ministère.

Le rapport de recherche comporte 3 sections. Une première section porte sur la problématique et la pertinence de développer un projet de prévention du suicide tel le programme PPS-MD. La seconde section porte sur sa phase de développement. La troisième section quant à elle porte sur l'évaluation de l'implantation et des effets du programme.

1.1. Problématique

Le suicide est un problème majeur de santé publique au Québec. Son augmentation a été très importante au cours des dernières décennies. Les taux par 100 000 habitants ont en effet doublé depuis les années '70, passant de 10,6 en 1971 à 21,8 en 1999 (MSSS, 2002). Le suicide représente la deuxième cause de mortalité prématurée dans la population générale après les cardiopathies ischémiques et la première cause de mortalité chez les hommes de 20 à 39 ans (St-Laurent et Bouchard, 2004). Le phénomène est plus important chez les hommes, le ratio h/f étant de 4 suicides chez les hommes pour 1 suicide chez les femmes. D'autre part, on estime à 6 pour 1 000 habitants le nombre de personnes qui ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours d'une période de douze mois (MSSS, 1998). Cet estimé est le même chez les hommes et les femmes.

De nombreux facteurs ont été associés aux comportements suicidaires. De tous ces facteurs, les troubles mentaux et les abus de substances psycho-actives sont ceux dont l'association avec le phénomène s'est révélée être la plus forte (Gosh & Victor, 1994;

Moscicki, 1997). Les recherches réalisées à partir d'autopsies psychologiques indiquent des pourcentages de troubles mentaux variant de 70% à 90% chez les personnes qui se suicident (Lesage, 1994; Prévile et coll., 2002). La dépression serait le principal trouble observé. De 30 à 80% des personnes qui mettent fin à leurs jours présenteraient un tel problème (Cattel, 1988; Kirsling, 1986; Malavaud, 1989; Miles, 1977; Osgood, 1985; Roy, 1995; Zweig & Hinrichsen, 1993). Les troubles mentaux ne constituent toutefois pas une condition suffisante à l'apparition du comportement suicidaire, car une minorité seulement des personnes qui souffrent de ces pathologies finissent par mettre fin à leurs jours. D'autres facteurs d'ordre génétique, biologique et social sont aussi à considérer (Lesage, 1994).

Entre 50 et 76% des personnes qui se suicident visitent un médecin omnipraticien au cours du mois qui précède le décès. Le pourcentage se situe entre 10 et 40%, si on considère les deux semaines qui le précèdent (Blumenthal, 1988; Diekstra & Egmond, 1989; Gunnell, 1994, Petrie, 1989; Pirkis & Burgess, 1998; Saint-Laurent & Tennina, 2000; Turner, 1982). Par ailleurs, 40% environ des personnes qui consultent un médecin omnipraticien présentent un trouble mental ou un problème de dépendance aux drogues ou à l'alcool (Burvill, 1990). Cependant, dans près de la moitié des cas, les médecins ne réussissent pas à détecter la présence de troubles mentaux chez leurs patients, en particulier les troubles affectifs et anxieux (Angst, 1990; Burvill, 1990; Goldberg & Huxley, 1980; U.S. Preventive Services Task Forces, 1996).

La difficulté des médecins omnipraticiens à intervenir auprès des patients à risque repose sur plusieurs facteurs. Les connaissances du médecin sur la symptomatologie sont en cause, mais aussi son attitude et ses habiletés à percevoir la détresse émotionnelle (Giron et coll. 1998; Goldberg, 1990). Il y a également l'isolement dans lequel il se retrouve dans le cadre de sa pratique clinique. Le médecin connaît souvent peu ou mal les ressources de la communauté et celles du réseau institutionnel. Il craint d'être submergé par une demande d'aide à laquelle il pourrait ne pas être en mesure de répondre. Il ne se sent pas toujours soutenu par le milieu de la psychiatrie et exprime de la méfiance et même de la frustration à son endroit (Carey & Kogan, 1971; Kates, Craven, Crustolo, Nikolaou & Allen, 1997). Enfin, le médecin généraliste œuvre dans un contexte où son rôle de même que celui du médecin psychiatre ne sont pas bien définis

et où l'accès aux soins psychiatriques et aux ressources de santé mentale pose problème (Collège des médecins, 1997, 1998).

1.2. Pertinence du projet

La recherche de solutions novatrices pour prévenir le suicide s'impose d'une part à cause de l'augmentation constante du taux de suicide chez les jeunes, mais aussi à cause de l'impact potentiel qu'aura la vulnérabilité actuelle des jeunes sur leur prédisposition au suicide lorsqu'ils seront confrontés aux multiples pertes qui accompagnent le vieillissement (McIntosh et coll., 1994). De nombreux pays occidentaux ont mis en place au cours de la dernière décennie des politiques qui visent à combattre le suicide. Plusieurs de ces politiques comprennent un volet de formation des médecins omnipraticiens (Taylor, Kingdom & Jenkins, 1997; MSSS, 2003).

C'est dans ce contexte que nous avons proposé d'expérimenter un programme de prévention du suicide visant à rejoindre la population à risque de suicide via les médecins généralistes : le programme «PPS-MD». Il s'inscrit dans le cadre de la Stratégie québécoise d'action face au suicide proposée récemment par le gouvernement et appuyée plus récemment par le Programme national de santé publique et le Plan d'action régional en Montérégie (MSSS, 1998; MSSS, 2003; DSP Montérégie, 2003). L'une des actions proposées consiste justement à s'assurer d'une formation adéquate des médecins omnipraticiens pour l'identification, le traitement et la référence des personnes qui souffrent de troubles mentaux ou qui présentent un risque suicidaire élevé.

Le projet PPS-MD s'inspire de l'expérience du Gotland en Suède (Rutz et coll., 1989) et des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé à propos du rôle important que peuvent jouer les médecins omnipraticiens dans la lutte contre le suicide (OMS, 1985). L'expérience du Gotland a montré en effet qu'un programme de formation sur les troubles dépressifs pouvait entraîner une prise en charge du traitement de la dépression majeure par les médecins omnipraticiens, une diminution du recours aux soins psychiatriques hospitaliers et une diminution du nombre de suicides à court terme (Rutz, von Knorring & Wälinder, 1992). Certaines critiques ont été formulées à l'endroit de l'expérience, faiblesses au niveau du devis méthodologique, absence d'effets à moyen

terme et absence de suivi à long terme (Gunnell & Frankel, 1994; Williams & Goldney, 1994). On reconnaît cependant que les programmes qui visent à améliorer la capacité du médecin généraliste à parfaire son diagnostic de dépression ont des effets bénéfiques et peuvent contribuer à diminuer le taux de suicide dans certains groupes de la population (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994; U.S. Preventive Services Task Forces, 1996).

Plusieurs recherches ont montré que des programmes de formation sur les troubles mentaux et sur la dépression en particulier ont un impact sur le traitement et sur le rétablissement des patients (Ormel, Tiemes, van Os, van der Meer, Jenner & van den Brink, 1998; Worrall, Angel, Chaulk, Clarke & Robbins, 1999). Pour certains chercheurs, un volet isolé de formation ne serait toutefois pas suffisant (Thompson et coll., 2000). D'autres facteurs que la formation peuvent influencer sur la capacité du médecin généraliste à reconnaître les signes suicidaires chez leurs patients et sur leur capacité à intervenir. Ces facteurs se rapportent aux conditions organisationnelles dans lesquelles s'exerce la pratique médicale. La prise en compte de ces facteurs constitue un élément critique dans l'élaboration d'un programme efficace de prévention et représente un des aspects novateurs du programme PPS-MD.

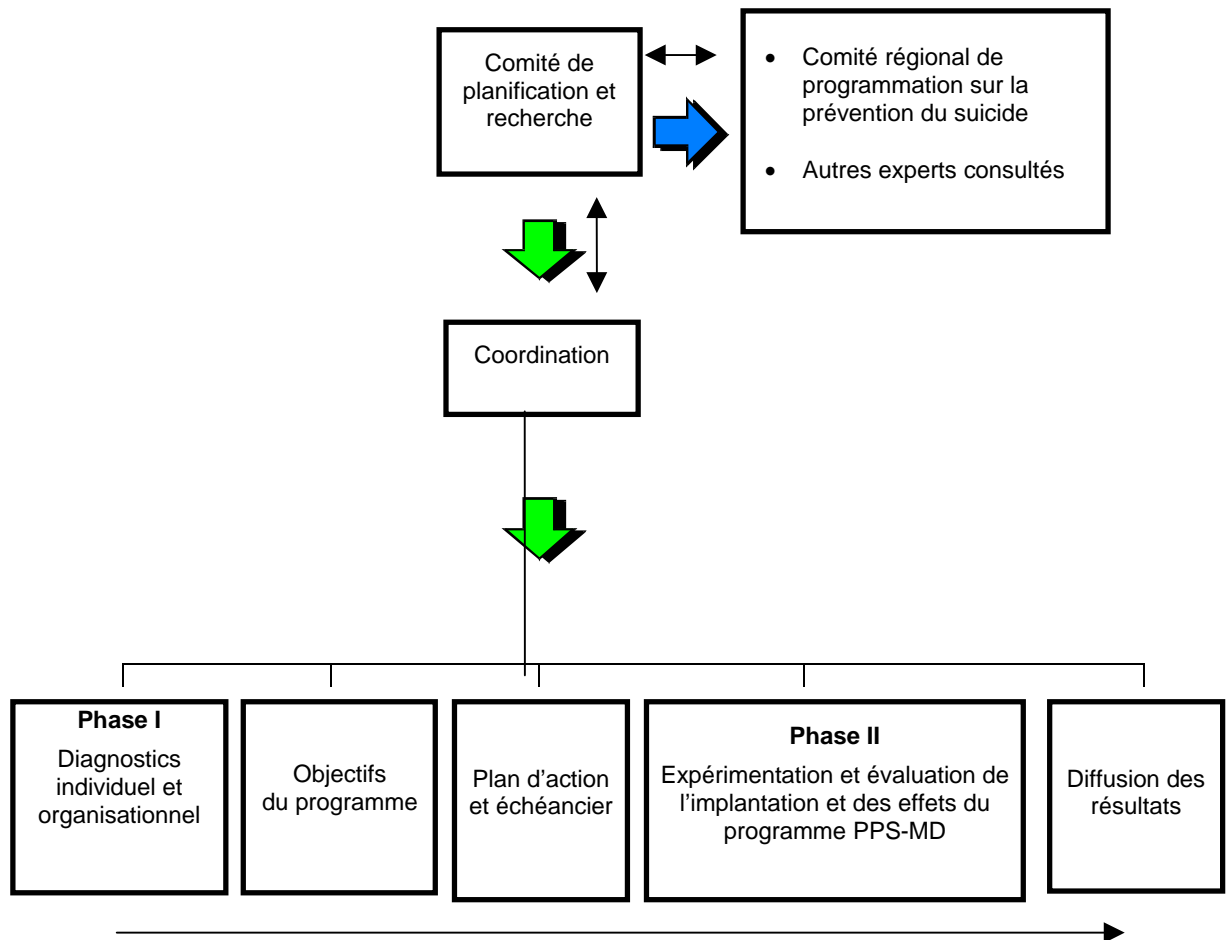
1.3. Le projet PPS-MD

Le développement du projet PPS-MD comportait deux phases: (1) une phase d'élaboration du programme PPS-MD reposant sur une évaluation des besoins de la population cible et (2) une phase d'expérimentation et d'évaluation de l'implantation et des effets du programme (Figure 1). Un comité composé de cinq personnes (chercheurs, planificateurs, cliniciens, chargé(e) de projet) était responsable de la coordination du projet. Il a été en lien étroit avec plusieurs personnes impliquées dans la problématique du suicide en Montérégie, Régie régionale, représentants régionaux des associations de médecins généralistes, directeurs de départements de psychiatrie, CLSC, centres de prévention du suicide, etc.

1.4. Objectif général du programme PPS-MD

L'objectif du programme PPS-MD était d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, prendre en charge et référer des patients qui présentaient des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou d'abus ou de dépendance à l'alcool et ultimement diminuer le taux de suicide.

Figure 1 : Structure de fonctionnement du projet



2. PHASE I - ÉLABORATION DU PROGRAMME

Cette phase visait la réalisation d'un diagnostic des facteurs d'ordre individuel et organisationnel qui affectent le rôle de prévention du suicide par les médecins omnipraticiens et l'élaboration d'un programme tenant compte de ces facteurs. Le modèle proposé par Ajzen et Madden (1986) fondé sur la théorie du comportement planifié, a été utilisé comme cadre conceptuel pour soutenir l'évaluation des facteurs susceptibles d'avoir une influence sur les comportements des médecins. En particulier, la perception des médecins de la problématique du suicide, la perception de leur rôle à cet égard, la perception de l'efficacité du programme proposé et leur intention de participer au programme ont été mesurées.

Le modèle rationnel et politique du changement organisationnel proposé par Denis et Champagne (1990) a servi de cadre conceptuel pour soutenir le développement du volet organisationnel du programme. Dans cette perspective, l'efficacité du programme était vue comme étant attribuable au degré de support accordé au programme par les différents partenaires visés et à l'exercice par ces derniers d'un pouvoir suffisant pour susciter l'intérêt des médecins face au programme.

Pour produire ce diagnostic, une évaluation des besoins de la population cible a été réalisée en trois étapes : (1) un sondage auprès d'un échantillon de médecins généralistes, (2) un groupe de discussion réunissant des médecins généralistes et (3) des consultations auprès de représentants des associations médicales régionales.

2.1. Le sondage auprès de médecins omnipraticiens

Un questionnaire auto-administré de deux pages comportant une douzaine de questions a été distribué par télécopieur à un échantillon de 200 médecins de la Montérégie. Les questions portaient (1) sur la perception du problème du suicide, (2) sur le rôle du médecin omnipraticien, (3) sur les barrières et avantages perçus du programme proposé, (4) sur la perception des solutions possibles et des ressources de consultation et de soutien susceptibles de soutenir leur action auprès des patients à risque et (5) sur l'intention des médecins de participer au programme. Quarante-vingt-quinze des 200 médecins visés par l'étude ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de

47,5% (Bouchard et coll., 1999a). L'échantillon était composé d'une proportion équivalente d'hommes et de femmes et près de la moitié des médecins avaient gradué avant 1983. Les résultats de ce sondage suggèrent trois grandes conclusions. Premièrement, il semble nécessaire d'offrir aux médecins des activités de formation, puisque plus des deux-tiers des médecins estiment insuffisantes leurs connaissances en regard de l'intervention auprès de patients suicidaires. Deuxièmement, il semble aussi nécessaire de faire connaître et de mettre à la disposition des médecins de façons privilégiées des ressources et services locaux, en psychiatrie, psychologie et travail social, susceptibles de soutenir leur action auprès de ces personnes. Troisièmement, une collaboration active devrait être instaurée par le développement de canaux de communication et de rétroaction entre les professionnels de la santé et les organismes œuvrant au niveau de la communauté.

2.2 Le groupe de discussion réunissant des médecins omnipraticiens

Un groupe de discussion composé de cinq médecins généralistes travaillant à la fois en cabinet privé et à la Direction de la santé publique a été formé afin de compléter l'information obtenue par le sondage (Bouchard et coll., 1999b). À l'occasion d'une rencontre de travail d'une durée de 3 heures, les médecins étaient invités à échanger sur les aspects suivants : forces et faiblesses du système actuel, besoins en regard du travail clinique auprès des patients suicidaires, mesures susceptibles de pallier aux faiblesses du système existant, établissement des priorités et solutions proposées.

Ce groupe de discussion a permis d'identifier plusieurs obstacles à la prise en charge des patients présentant des idéations suicidaires ou des troubles mentaux associés au suicide (Bouchard et coll., 1999b). Les principaux éléments identifiés étaient les suivants, un contexte de surcharge de travail des médecins qui entraîne une augmentation de la pratique sans rendez-vous et des rencontres courtes avec chaque patient (10-15 minutes) rendant difficile l'évaluation des problèmes psychosociaux, un manque d'intérêt de la part de certains médecins ou encore un manque de confiance de certains médecins dans leurs capacités à faire l'évaluation et le suivi des patients suicidaires.

Il a été mentionné que la formation était un besoin des médecins et qu'elle devait prendre la forme d'ateliers d'une durée d'une demi-journée qui seraient offerts selon un horaire varié et dans un lieu situé à proximité du lieu de pratique des médecins. Le contenu devrait aussi être développé à partir des intérêts et du type de pratique des médecins visés par le projet. De plus, il est apparu important de choisir un formateur bénéficiant d'une grande crédibilité auprès des médecins et que ce soit un médecin omnipraticien. Les médecins se sont en outre montrés intéressés à établir des liens plus étroits avec les psychiatres afin d'améliorer le système d'admission en psychiatrie et leur prise en charge des patients à risque de suicide. Finalement, les médecins ont souhaité mieux connaître les ressources psychosociales de leur milieu et espéré que l'intervention d'une déléguée médicale qui aurait pour fonction de soutenir le changement de comportement du médecin se fasse en tenant compte du contexte contraignant dans lequel ils travaillent (horaires, temps, etc.).

2.3 Consultations auprès des partenaires

Plusieurs rencontres ayant pour but de mieux identifier les barrières individuelles et environnementales à la prévention du suicide par les médecins omnipraticiens ont été réalisées auprès des représentants du Collège des Médecins du Québec, des trois associations montérégiennes d'omnipraticiens affiliés à la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ), des départements de psychiatrie de trois hôpitaux de la région, des membres de l'équipe régionale de prévention du suicide à la Régie régionale, du responsable du Département régional de Médecine Générale (DRMG) et de la ressource communautaire de crise de la région expérimentale. Toutes ces personnes ont donné leur appui au projet et formulé des recommandations devant faciliter l'implantation du programme (lieux, horaires, crédits, etc.).

2.4 Synthèse

Sur la base de cette phase diagnostique, un plan d'action a été élaboré par l'équipe de recherche du projet PPS-MD. Plusieurs modifications ont été apportées au projet initial. Ainsi, pour assurer la disponibilité d'un intervenant psychosocial en tout temps, une ressource jugée essentielle par les médecins, il a été décidé d'accorder un soutien financier à la ressource communautaire de crise de la région expérimentale qui estimait

ne pas être en mesure de participer au projet sans un tel soutien. Cette décision a entraîné des réaménagements dans le budget consacré à l'implantation du programme. En conséquence, il a été résolu de réduire à une seule le nombre de visites des déléguées médicales au bureau du médecin, alors que le projet initial en avait prévu trois, et de limiter son rôle en un rôle d'agent de recrutement des médecins, alors qu'on avait prévu confier aux déléguées un rôle de renforcement des pratiques cliniques préventives enseignées dans les ateliers de formation.

Il a aussi été décidé de consacrer l'atelier de formation à l'apprentissage, en petits groupes, d'habiletés permettant de détecter les patients suicidaires parmi ceux qui se présentent pour une plainte somatique dans le cadre d'une clinique sans rendez-vous. Les médecins consultés ont estimé que le projet de formation initial, qui visait une mise à jour sur la détection et le traitement non seulement des patients suicidaires, mais aussi de ceux qui présentaient des problèmes de dépression et d'anxiété et des problèmes liés à la consommation de drogues ou d'alcool, projet qui nécessitait deux journées de formation, était irréaliste dans le contexte actuel.

Afin de maximiser les conditions propices à l'implantation de l'intervention, il était prévu initialement de mettre en place un partenariat sous forme d'un comité avisé. Ce comité formé d'acteurs d'influence devait provenir de différents milieux. Le comité avisé, dans la forme prévue, est vite apparu comme une structure lourde qui à cause des disponibilités restreintes des principaux acteurs ne permettait pas de rencontrer l'échéancier du projet. En outre, à cause des nombreuses décisions et ajustements à apporter régulièrement au programme dans les phases de développement et d'implantation, il est apparu difficile de travailler efficacement par le biais de ce type de comité. Ce comité fut remplacé par des consultations individuelles et de petits groupes de discussion des principaux acteurs impliqués dans la prévention du suicide : milieu médical, départements de psychiatrie des régions concernées, milieu communautaire et Direction de la santé publique. Tous les partenaires visés ont donné leur appui sous la forme de lettre de soutien au projet PPS-MD.

2.5 Description du programme

Le programme PPS-MD comportait deux grands volets (Figure 2). Le premier consistait en (1) des activités de sensibilisation à la problématique du suicide par une déléguée médicale, (2) une activité de formation et (3) la distribution d'outils de bureau susceptibles d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, prendre en charge et référer des patients qui présentent des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le deuxième volet consistait à mettre en place des mesures organisationnelles susceptibles de soutenir l'action des médecins généralistes auprès de ces personnes (Figures 2 et 3).

Figure 2 : Ordre d'implantation des composantes du programme

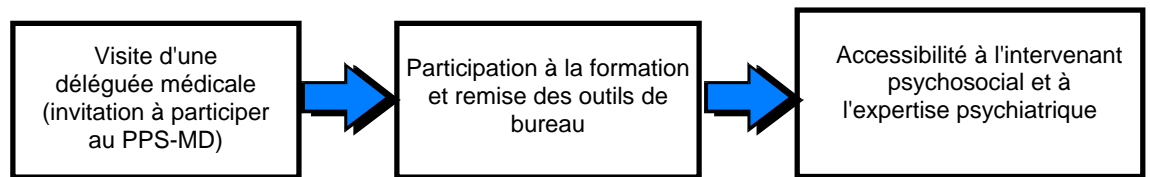
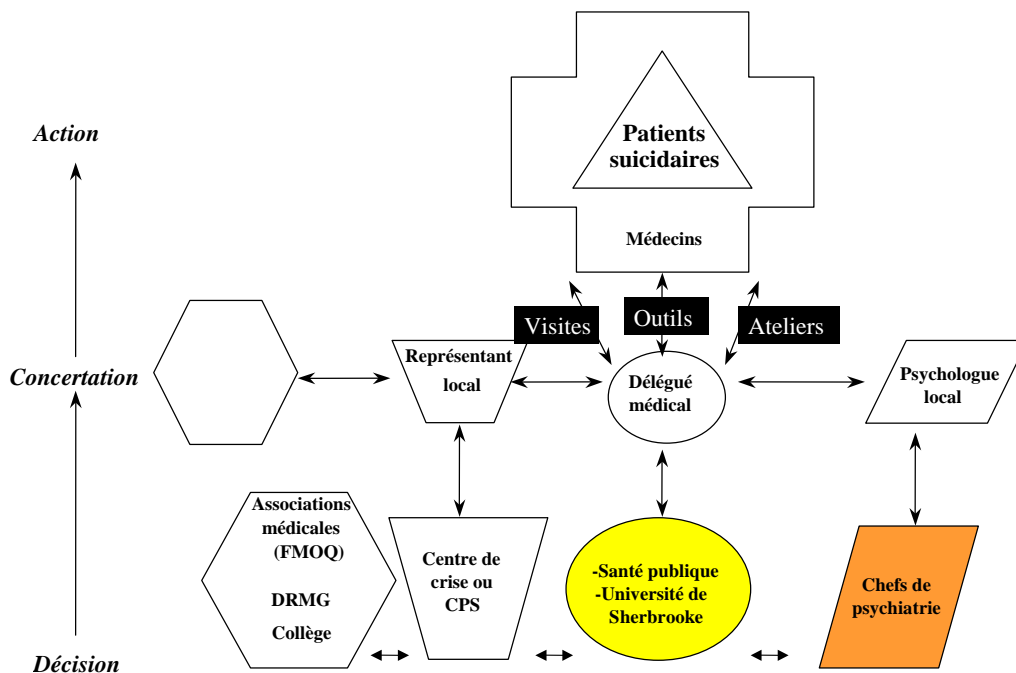


Figure 3 : Programme PPS-MD de prévention du suicide auprès des médecins



Action d'une déléguée médicale : Dans un premier temps, la déléguée médicale prenait rendez-vous afin d'inviter les médecins à participer aux activités de formation médicale planifiées dans le cadre du programme, ainsi qu'à son évaluation. Le recours à l'intervention d'une déléguée médicale était basé sur le modèle de l'*academic detailing* (Soumerai, 1990; Davis, Thomson, Oxman & coll., 1995).

Atelier de formation : Au cours de cet atelier, 2 thèmes ont été abordés (1) la prévention du suicide et (2) les techniques de communication persuasive auprès des patients pour le traitement de deux problèmes fortement associés au suicide, soit : la dépression et la dépendance aux drogues et à l'alcool. La formation mettait l'accent sur des jeux de rôle par des mises en situation participantes accompagnées de vignettes cliniques développées sous forme d'ateliers interactifs qui se déroulaient en petits groupes, de façon à faciliter la mise en commun des expériences cliniques et à permettre l'apprentissage d'habiletés spécifiques à l'intervention auprès des personnes à risque. Les mises en situation cliniques étaient suivies d'un feedback de la part de l'animateur pour faciliter l'interaction des participants (Brent, 1995; Lesage, Boyer, Grunberg, Vanier, Morissette, Ménard-Buteau & Loyer, 1994; Moscicki, 1997. Les activités comportaient également des capsules d'informations qui visaient à transmettre des informations critiques concernant le diagnostic, le traitement et le suivi des patients à risque. Un guide d'implantation du programme PPS-MD et une cassette vidéo concernant l'atelier de formation peuvent être obtenus auprès des responsables de l'étude.

Les ateliers de formation ont été organisés dans la principale ville de la région expérimentale et à des heures variées afin de faciliter la participation des médecins. La durée des ateliers de formation était de 3 heures. Ils ont été animés conjointement par le Dr Stéphane Groulx, médecin généraliste ayant développé une expertise en pratiques cliniques préventives et un médecin psychiatre. Une représentante d'une ressource psychosociale de la région participait à la formation. Les rencontres visaient également l'établissement de contacts personnels entre les médecins généralistes, le département de psychiatrie et la ressource de crise de la région.

Outils : Lors de cette formation, divers outils ont été proposés aux omnipraticiens afin de faciliter leur intervention. Offerts dans une pochette, ces outils incluaient : (1) un questionnaire adressé aux patients, (2) un aide-mémoire de bureau, (3) une liste des ressources et (4) de la documentation scientifique. Le questionnaire QPPS-MD (voir annexe 1) adressé aux patients était auto-administré et devait être utilisé dans la salle d'attente auprès de tous les patients qui se présentaient à la clinique. Le QPPS-MD était accompagné d'une carte explicative d'utilisation pour l'omnipraticien (annexe 2). L'aide-mémoire de bureau tridimensionnel (pyramide) incluait les critères diagnostiques de la dépression majeure, les principaux facteurs de risque associés au suicide, les questions du CAGE (dépistage de la dépendance à l'alcool et aux drogues), de même que des recommandations pour l'identification et la prise en charge des patients suicidaires et les coordonnées du département de psychiatrie et de la ressource psychosociale locale (annexe 3). La liste des ressources incluait des cartes d'affaires de la ressource psychosociale en prévention du suicide à remettre aux patients suicidaires, ainsi qu'une liste de ressources de la région. La pochette incluait aussi quelques articles scientifiques pertinents.

Suivi : La version initiale du programme prévoyait la distribution trimestrielle d'un journal aux médecins participant au programme pour maintenir leur intérêt.

Accessibilité à une expertise-conseil en psychiatrie : Cette mesure visait à mettre les médecins généralistes participant au programme en contact avec un médecin psychiatre (système de garde téléphonique). Elle visait à pallier les lacunes constatées dans les liens de communication entre médecins généralistes et médecins psychiatres, lacunes qui ont été identifiées comme l'un des plus importants obstacles à la prise en charge des personnes à risque par les omnipraticiens consultés (Bouchard et coll., 1999a; Bouchard et coll., 1999b). Par ailleurs, une expérience réalisée en Ontario (Kates, Craven, Crustolo & Nikolaou, 1998; Kates, Craven, Crustolo, Nikolaou, Allen & Farrar, 1997) a montré qu'une bonne collaboration entre les médecins psychiatres et les omnipraticiens permettait d'assurer une continuité dans les soins, d'améliorer les communications entre généralistes et psychiatres et de diminuer le recours aux services spécialisés en santé mentale.

Disponibilité d'un intervenant psychosocial : Cette mesure consistait à offrir aux médecins généralistes les services d'un intervenant possédant une formation spécialisée en relation d'aide et une expérience de travail auprès de personnes qui présentent des comportements suicidaires et des troubles mentaux. Cette ressource était disponible pour fournir un suivi complémentaire au suivi médical auprès de certains patients particulièrement à risque. Cet intervenant devait maintenir un contact (téléphonique ou autre) avec le patient référé et, au besoin, le soutenir dans ses démarches auprès des ressources du milieu, spécialisées ou communautaires. Il devait agir comme agent de liaison entre le patient, le médecin et les ressources du milieu.

3. PHASE II - ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS DU PROGRAMME PPS-MD

La seconde phase du projet visait l'expérimentation et l'évaluation de l'implantation et des effets du programme PPS-MD.

Hypothèses du programme PPS-MD

Par le biais d'une formation médicale continue, l'offre d'outils pour faciliter l'intervention des omnipraticiens participant et le suivi offert, le programme PPS-MD visait à : (1) améliorer la perception des médecins de leur capacité d'intervenir auprès des patients suicidaires, (2) promouvoir l'utilisation des outils fournis afin de les intégrer à leur pratique et (3) soutenir les acquisitions faites dans le cadre de la formation. Notre hypothèse était que 80% des médecins du groupe d'expérimentation allaient : (1) participer à l'atelier de formation PPS-MD, (2) utiliser les outils proposés, (3) recourir aux services de l'intervenant psychosocial et (4) être en liaison avec un psychiatre.

Notre hypothèse était aussi que les omnipraticiens du groupe d'expérimentation auraient, à la fin du programme, des indices d'effets plus élevés que ceux observés chez les omnipraticiens du groupe témoin, ceci, une fois les variables confondantes contrôlées. Plus spécifiquement, (1) le nombre de patients à risque (ayant des idées suicidaires sérieuses ou ayant un trouble affectif ou anxieux et/ou un trouble lié à l'alcoolisme ou aux drogues) identifié par les médecins appartenant au groupe expérimental aurait augmenté de 50%; (2) le nombre de patients dépistés recevant une médication aurait aussi augmenté de 50%; (3) le nombre de patients à risque identifiés et référés en psychiatrie, à l'intervenant psychosocial, au CLSC, à un CPS (centre de prévention du suicide) ou à un centre de crise aurait aussi augmenté de 50%.

3.1. Méthodologie de l'évaluation du PPS-MD

3.1.1. Devis de recherche

Ce projet de démonstration a été réalisé sur le territoire de la Direction de la santé publique de la Montérégie qui dessert une population de 1,300,000 habitants. L'étude de cas (Yin, 1994) a été retenue pour évaluer l'implantation du programme. Un

protocole quasi-expérimental avec mesures répétées (Campbell & Stanley, 1966) utilisant un groupe témoin a été retenu pour évaluer les effets du programme PPS-MD. Pour dédommager les participants du groupe témoin, l'atelier de formation leur a été offert après la fin du processus d'évaluation.

Dans le schéma suivant, O_{t1} dénote une observation des sujets des groupes expérimental et témoin durant les 3 semaines précédant l'expérimentation, X_1 désigne l'implantation du programme (formation, utilisation des outils, liaison avec l'expertise psychiatrique et l'intervenant psychosocial). L'observation au temps 2 (O_{t2}) désigne l'observation des sujets durant 3 semaines à la fin de la période d'expérimentation de 12 mois.

	TEMPS 1		TEMPS 2
	3 semaines	12 mois	3 semaines
Groupe expérimental	O_{t1}		O_{t2}
		X_1	X_1
Groupe témoin	O_{t1}		O_{t2}

3.1.2. Population à l'étude

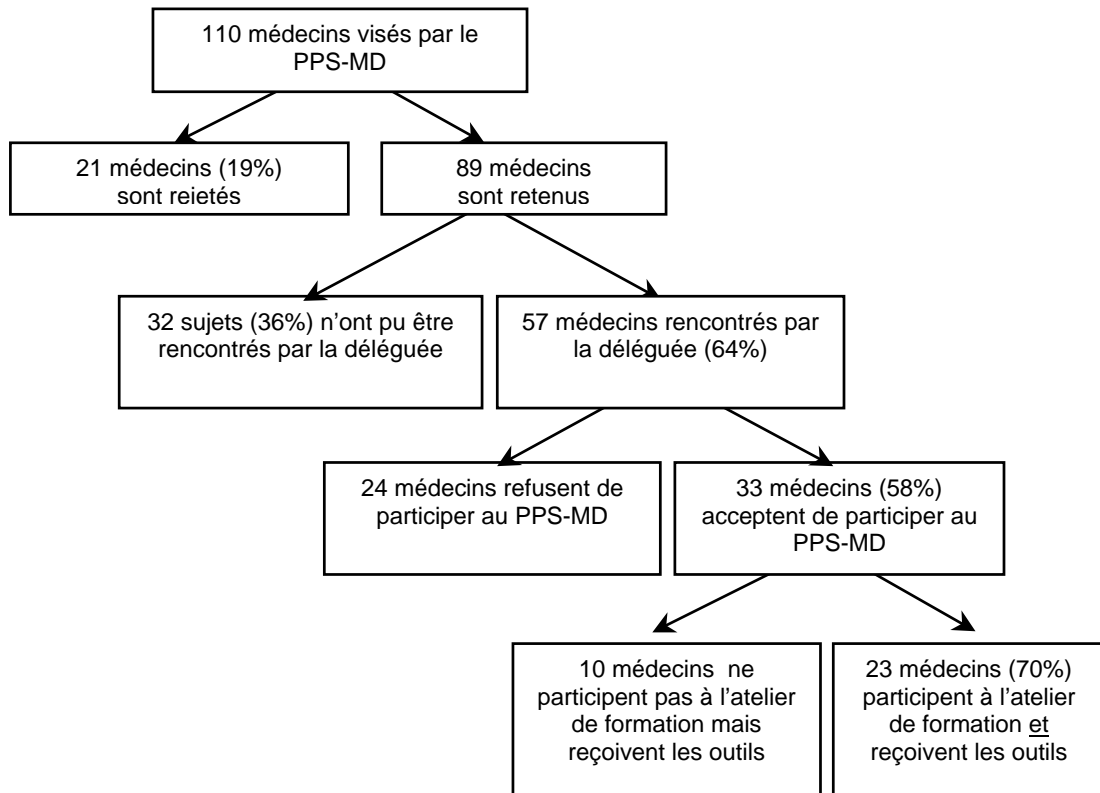
Deux cents médecins ont été recensés sur le territoire visé par l'étude. De ce nombre, 33 médecins répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont accepté de participer au projet (Figure 4). Les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) pratiquer la médecine générale sur le territoire desservi par le département de psychiatrie de la région expérimentale, (2) pratiquer la médecine générale en clinique privée au minimum 3 jours par semaine, (3) rencontrer une déléguée médicale du programme, (4) accepter de participer à l'atelier de formation continue du programme² et (5) participer à l'évaluation du programme.

Pour vérifier nos hypothèses concernant les effets du programme un groupe témoin de 32 médecins omnipraticiens volontaires pratiquant dans un territoire contigu à la zone

² Le participant peut avoir accepté de participer à l'atelier de formation, ne pas y être allé mais avoir tout de même reçu les autres éléments du programme.

d'expérimentation a été constitué. Le groupe témoin (bassin de population similaire au groupe expérimental) n'a reçu aucune intervention additionnelle (pratique usuelle). Cette stratégie visait à contrôler la présence d'un effet potentiel de maturation et de réactivité à la procédure d'évaluation.

Figure 4 : Processus de recrutement des médecins



3.1.3. Sources et procédure de cueillette des données

3.1.3.1. Évaluation de l'implantation

L'évaluation de l'implantation du programme a été réalisée à partir des procès verbaux des réunions du comité de planification et de recherche. Nous avons aussi recueilli des données auprès des médecins participant grâce à une fiche d'évaluation et au moyen de contacts téléphoniques visant à connaître leur satisfaction à l'égard de l'atelier de formation. L'évaluation a aussi été basée sur les résultats d'un sondage concernant l'utilisation et l'appréciation des ressources par les omnipraticiens du PPS-MD (Boulais

et coll., 2002). Finalement, nous avons recueilli les commentaires des intervenants psychosociaux au moyen d'une fiche d'évaluation concernant leur intervention, ainsi que ceux de la responsable du département de psychiatrie local lors d'entretiens téléphoniques.

Le degré d'implantation du programme a été évalué en terme d'écart entre l'organisation initiale prévue des contenus et des activités et le déroulement réel du programme. L'explication de ces écarts a été faite par rapport à six thèmes : (1) l'implantation de la visite de la déléguée médicale, (2) l'implantation de l'activité de formation, (3) l'implantation des outils de bureau, (4) l'implantation des activités de suivi, (5) l'implantation de la liaison avec les psychiatres et (6) l'implantation du lien avec les ressources communautaires.

3.1.3.2. Évaluation des effets

Afin d'évaluer les effets du programme, un échantillon composé de 7 patients de chacun des médecins des groupes expérimental et témoin a été constitué durant les 3 semaines précédant l'implantation du programme. Un échantillon de même taille a été constitué dans chacun des groupes durant une période similaire à la fin du programme (Brent et coll., 1993).

Pour constituer ces échantillons de patients, la clientèle des médecins omnipraticiens des groupes expérimental et témoin a été visitée par un interviewer selon des horaires variés, représentatifs de la pratique sur rendez-vous de ces omnipraticiens. Les 7 premiers patients se présentant lors de la visite de l'interviewer ont été sollicités pour participer à l'étude. Ils ont été informés des objectifs de l'étude et du caractère volontaire de leur participation par un feuillet d'information (annexe 4) avant leur rencontre avec leur médecin. Les patients qui donnaient leur accord étaient invités à répondre à un questionnaire portant sur leur rencontre avec le médecin (annexe 5).

Ce questionnaire comportait trois sections. La première portait sur le motif de la visite au cabinet du médecin. Les questions portaient sur les problèmes de santé spécifiques abordés avec le médecin (idées suicidaires sérieuses, trouble affectif ou anxieux et trouble lié à l'alcoolisme ou aux drogues), la prescription de médicaments reçus pour ces

problèmes et le type de référence à d'autres intervenants pour ces problèmes. La deuxième section contenait le Q-PPS-MD (annexe 1), inspiré du Prime-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) proposé par l'équipe du docteur Spitzer et validé auprès de médecins généralistes (1999). Ce questionnaire visait à évaluer le statut de santé mentale des patients rencontrés. Ce questionnaire touche cinq grandes catégories diagnostiques : les troubles affectifs et les troubles anxieux évalués en référence aux critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ainsi que les troubles liés à l'alcoolisme catégorisés d'après l'instrument CAGE (Mayfield et coll., 1974). Cette section évaluait aussi la présence du risque suicidaire chez les patients rencontrés à l'aide des questions de l'Enquête sociale et de santé Québec (1998). La dernière section du questionnaire portait sur les antécédents de problème de santé mentale (dépression, crise d'angoisse, etc.) au cours de la vie, la perception de santé mentale générale et les caractéristiques socio-démographiques (âge et sexe) des patients interviewés. Les caractéristiques des médecins qui ont été mesurées sont : le sexe et le nombre d'années de pratique. Ces informations ont été obtenues à partir du répertoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Le groupe expérimental a été comparé au groupe témoin sur 3 indicateurs : (1) le nombre de patients ayant un trouble affectif ou anxieux probable et/ou un trouble lié à l'alcool et/ou un risque suicidaire élevé identifié par les médecins à la fin du programme tel que mesuré par le Q-PPS-MD (V7-V10), (2) le nombre de patients ayant un trouble affectif ou anxieux probable et/ou un trouble lié à l'alcool et/ou à un risque suicidaire élevé ayant reçu une médication pour ce problème de santé (V11-V14) et (3) le nombre de patients ayant un trouble affectif ou anxieux probable et/ou un trouble lié à l'alcool et/ou à un risque suicidaire élevé référés en psychiatrie, à l'intervenant psychosocial, au CLSC, à un CPS (centre de prévention du suicide ou centre de crise) ou en psychologie (V15).

Les cas probables d'abus d'alcool ont été déterminés en se basant sur les réponses aux questions 20 à 23 du Q-PPS-MD qui représentent l'outil CAGE, les patients ont été classés à risque nul (aucune réponse affirmative), faible (une réponse) ou élevé (2 à 4 réponses). Nous avons par la suite combiné les patients à risque faible et élevé. Les cas probables de dépression majeure et de troubles anxieux ont été déterminés en se basant sur les définitions du DSM-IV. Pour déterminer les cas probables de dépression majeure, 5 des symptômes représentés par les questions 7 à 14 et incluant les

questions 16 ou 17 devaient être répondues par l'affirmative. Pour déterminer les cas probables de troubles anxieux, 3 des symptômes représentés par les questions 6 à 10 et incluant les questions 11 ou 15 devaient être répondues par l'affirmative. La présence d'idées suicidaires a été déterminée par la réponse à la question 18 du Q-PPS-MD. Le Tableau 1 présente de manière schématique les variables à l'étude.

Tableau 1 : Variables quantitatives à l'étude

<u>Facteurs individuels</u>	
V1	Sexe des médecins
V2	Nombre d'années de pratique des médecins
V3	Sexe des patients
V4	Âge des patients
<u>Degré d'implantation du programme</u>	
V5	Plan de formation (reçu ou non la formation offerte)
V6	Participation à la relance visant l'utilisation du Q-PPS-MD (oui/non)
<u>Évaluation des effets du programme</u>	
V7	Cas probables ayant un trouble affectif identifié, selon le questionnaire-patient
V8	Cas probables ayant un trouble anxieux identifié, selon le questionnaire-patient
V9	Cas probables ayant un trouble lié à l'alcoolisme
V10	Cas probables ayant eu une idéation suicidaire
V11-14	Cas probables (V7-10), selon le questionnaire-patient pris en charge avec une médication
V15	Cas probables (V7-10), selon le questionnaire-patient référés en psychiatrie, à l'intervenant psychosocial, au CLSC, à un CPS ou en psychologie

3.1.4 Stratégies d'analyse

L'analyse des écarts dans l'implantation du programme a été réalisée à l'aide d'une approche qualitative thématique. La validité de construit de l'évaluation de l'implantation a été assurée par une stratégie de co-analyse des données par l'agent de recherche sous la supervision de l'équipe recherche.

Les effets du programme sur la pratique des omnipraticiens ont ensuite été examinés à partir du fichier de données des patients, en utilisant la méthode de régression logistique (Hosmer & Lemeshow, 1989). Un seuil de signification de 95% a été retenu lors de ces analyses. Étant donné que les patients interviewés au temps 2 n'étaient pas les mêmes que ceux rencontrés au temps 1 de l'étude, des analyses pour données non paires ont

été réalisées.

Par ailleurs, à partir du fichier de données par patients, nous avons créé un fichier de données par médecin. Dans ce nouveau fichier, le score attribué aux médecins a été établi à partir du score moyen de leurs patients. Ce fichier de données par médecin a été utilisé pour valider les résultats obtenus à partir du fichier-patients. Dans ce dernier cas (voir Tableau 4), des analyses (différence de moyennes) pour données paires ont été réalisées.

3.2. Résultats

3.2.1 Évaluation de l'implantation du programme PPS-MD

3.2.1.1 Le processus de recrutement

Soixante-quatre pour cent (n=57) des 84 médecins généralistes du territoire expérimental, qui répondaient aux caractéristiques recherchées ont accepté de rencontrer la déléguée médicale à l'intérieur d'une période de trois semaines. Le taux de participation à la formation médicale offerte dans le cadre du programme (ou ayant reçu les outils) a été de 58% des médecins rencontrés par la déléguée médicale. Ce qui représente 37% (n=33) des médecins œuvrant dans la région (voir figure 4). Les principaux motifs de refus mentionnés par les médecins rencontrés (n=24) étaient, par ordre d'importance: (1) être trop occupé pour participer au programme (37.5%), (2) ne pas être intéressé par le programme (17.9%) et (3) ne pas vouloir participer au processus d'évaluation proposé (12.5%).

Les caractéristiques des omnipraticiens participant au programme PPS-MD sont présentées au Tableau 2a. Soixante-quatre pour cent des omnipraticiens du groupe expérimental étaient des hommes. Les médecins de ce groupe avaient en moyenne 22 ans de pratique. La majorité des omnipraticiens (64%) pratiquaient dans une clinique ou plus de trois omnipraticiens étaient présents. De même, la majorité des omnipraticiens (82%) avaient d'autres collègues participant au programme PPS-MD. La plupart (60%) voyaient moins de 100 patients par semaine en consultation. Aucune différence n'a été

observée entre les médecins du groupe expérimental et témoin concernant ces caractéristiques.

Tableau 2a : Caractéristiques sociodémographiques des médecins

	Groupe expérimental	Groupe témoin	
Médecins ¹	N = 33 (%)	N = 32 (%)	χ^2
Sexe			
Hommes	21 (64 %)	19 (61 %)	0,44
Femmes	12 (36 %)	13 (39 %)	
	Moyenne (et)	Moyenne (et)	<i>t</i>
Années de pratique	21,5 ans (9,0)	23,6 ans (8,2)	1,90

* p < 0,05, ** p < 0,01

Quatre-vingt-dix pour cent des patients sollicités ont accepté d'être interviewés. Les patients volontaires ont été interviewés, selon leur choix, sur place dans un local privé ou par téléphone, dans ce cas pour la majorité dans les deux jours suivant leur consentement. L'entrevue en personne à la clinique ou téléphonique était de 10 à 15 minutes. Au temps 1 de l'étude, 395 patients ont été interviewés et 347 patients ont été interviewés à la fin de l'expérimentation.

3.2.1.2. Les déléguées médicales³

La visite d'une déléguée médicale prévue dans le plan d'action du programme PPS-MD a été réalisée. Cette visite a permis aux déléguées médicales de présenter le programme PPS-MD et d'inviter les omnipraticiens du groupe expérimental à participer à un atelier de formation sur la prévention du suicide.

Les médecins ont été très satisfaits de la visite de cette dernière (Boulais et coll., 2002). De façon unanime, ils jugeaient que les informations transmises étaient utiles à leur pratique, que l'attitude et la compétence de la déléguée étaient très satisfaisantes. La

³ L'emploi du féminin pour le terme *déléguées* réfère au fait que les personnes qui ont accompli ce travail dans le cadre du programme PPS-MD étaient des femmes.

majorité d'entre eux (83%) n'étaient pas importunés du fait que la déléguée n'ait pas de formation médicale.

3.2.1.3. La formation

L'activité de formation a été organisée par la Direction de santé publique de la Montérégie en collaboration avec les associations médicales régionales. La présence à cette activité procurait des crédits de catégorie I de formation médicale continue de même qu'une allocation de 150.00 \$ autorisée par la FMOQ. Aucune différence significative n'a été observée quant à la participation à la formation offerte par rapport au sexe ou au nombre d'années de pratique des médecins.

En raison du nombre d'inscriptions, seulement quatre des 5 séances prévues de formation ont effectivement eu lieu. Le contenu de l'atelier a été offert tel qu'il était prévu dans le plan d'action. De même, une psychiatre du centre hospitalier local et une intervenante de la ressource psychosociale locale ont participé à l'atelier de formation à titre d'experts de contenu dans leurs domaines respectifs.

La méthode pédagogique utilisée durant l'atelier de formation était basée sur le jeu de rôle et a été fortement appréciée des médecins. À la fin des trois heures de formation, la presque totalité d'entre eux (96%) a jugé excellent ou bon l'effet de la présentation sur leur pratique. Une enquête menée auprès de treize participants dix mois après la formation révélait que la majorité d'entre eux se sentaient mieux outillés pour évaluer le risque suicidaire, pour établir une alliance thérapeutique et un plan de traitement et qu'ils référaient au besoin davantage leurs patients suicidaires vers d'autres ressources. Ils se sentaient maintenant mieux outillés pour assurer le suivi des patients présentant des idéations suicidaires. Par contre, ils redoutaient toujours d'aborder cette question lors de l'histoire clinique, de peur de ne pas être en mesure de conclure la rencontre dans un délai assez court, ou encore de ne pas avoir de ressources disponibles vers qui diriger les patients suicidaires (Boulais, 2002).

3.2.1.4. Les outils de bureau

Afin de promouvoir et susciter l'utilisation des outils de bureau, la stratégie prévue et utilisée a été de présenter aux médecins les outils lors de l'atelier de formation. Lors de cette formation, les médecins semblaient généralement fort intéressés par les outils qu'on leur a remis. De manière générale, ils aimaient les outils de bureau et les trouvaient utiles (Boulais et coll., 2002).

Par contre, nous avons noté une utilisation mitigée du questionnaire Q-PPS-MD. Il apparaît que sept répondants sur treize ne l'utilisaient pas du tout et que les six autres médecins ne l'utilisaient pas tel que prévu. Un médecin sur 12 qualifie ce questionnaire de très utile, cinq moyennement utile et cinq peu utile (Boulais et coll., 2002). Pour eux, l'instrument occasionne un surplus de travail, il serait trop long et dans certains cas ne serait pas adapté à leur clientèle, entre autres âgée. De plus, les résultats d'entrevues téléphoniques (n=6) auprès des omnipraticiens du groupe expérimental ont montré une réticence de ces derniers à utiliser ce type d'instrument dans la forme et la méthode proposée. Par contre, quelques omnipraticiens ont mentionné que son utilisation permettait d'identifier des patients à risque qu'ils n'auraient pas identifiés autrement.

Suite à ce constat et pour favoriser l'utilisation du Q-PPS-MD, une relance téléphonique a été effectuée par le médecin formateur du projet auprès de chacun des omnipraticiens du groupe d'expérimentation. Cet appel téléphonique d'environ 5 minutes visait à susciter l'utilisation du questionnaire, à réactiver l'intérêt du médecin pour le projet et l'inviter à participer à l'évaluation post-intervention. Suite à cette relance, 27 médecins sur les 33 ont accepté d'utiliser le Q-PPS-MD pendant une période de trois semaines précédant la collecte de données post-intervention.

Le coordonnateur du projet a ensuite remis un nombre adéquat de questionnaires aux secrétaires médicales. Les consignes données aux secrétaires médicales étaient de remettre un questionnaire à chaque patient se présentant en clinique afin que ce dernier le remplisse avant sa rencontre avec le médecin. Le médecin était alors invité à revoir le questionnaire avec son patient, ce qui permettait une meilleure identification du risque de chacun des patients vus en cabinet.

Malgré cette relance personnalisée, il apparaît que l'utilisation de cet outil est demeurée marginale. La majorité des médecins (24/27) ont utilisé le Q-PPS-MD qu'en moyenne

une fois sur 8 (13%). Seuls deux médecins ont utilisé tous les questionnaires ou ont demandé de conserver les questionnaires restants. Un autre médecin a pour sa part utilisé la moitié des questionnaires fournis. Mentionnons que seule la secrétaire d'un de ces derniers a commandé périodiquement des exemplaires du Q-PPS-MD et poursuivait toujours la demande au moment d'écrire ce rapport.

3.2.1.5. Le suivi

Cinq mois après la formation, un bulletin d'information d'une page et demie fut envoyé par télécopieur aux médecins participant au programme dans le but de : (1) maintenir leur intérêt envers le programme, (2) les informer de l'évolution du programme, (3) obtenir de l'information sur l'utilisation qu'ils faisaient des outils de bureau proposés et (4) les inviter à nous signifier s'ils avaient besoin de soutien ou d'informations quant à l'utilisation des outils ou s'ils désiraient obtenir davantage d'outils (tablettes du questionnaire PPS-MD, liste des ressources, carte contact, etc.).

Deux médecins sur treize se souviennent avoir pris connaissance de cette télécopie, un n'en a pas pris connaissance et dix ne se souviennent pas de l'avoir reçue (Boulais et coll., 2002). Deux jours après l'envoi de la télécopie, la secrétaire d'un seul des trente-trois médecins participant a téléphoné pour demander que l'on envoie de nouveaux outils, soit la liste des ressources psychosociales et deux tablettes du questionnaire PPS-MD avec son court guide d'utilisation. Aucun autre médecin n'a donné suite à cet envoi.

3.2.1.6. Lien avec les psychiatres

Lors de l'activité de formation médicale continue, la promotion du service de psychiatrie local a été faite auprès des médecins généralistes participant. Les coordonnées du psychiatre de garde étaient inscrites sur un des outils de bureau offert. Les médecins ont aussi pu prendre contact personnellement et échanger avec le psychiatre présent lors de l'atelier de formation. Selon nos résultats, un médecin sur douze a appelé le psychiatre de garde quelques fois par mois, sept l'ont appelé moins de quelques fois par mois et quatre ne l'ont jamais contacté (Boulais et coll., 2002). La seule justification pour recourir au psychiatre de garde faisant l'unanimité chez les médecins consultés est que cette ressource permet d'accélérer le processus d'évaluation de leurs patients. Les autres raisons mentionnées sont les suivantes : (1) détermination de la nécessité d'une évaluation psychiatrique, (2) aide à l'élaboration d'un plan de traitement, (3) aide au choix de la médication, (4) évaluation de la nécessité de diriger le patient en crise suicidaire vers l'urgence et (5) assurance que le psychiatre reçoive le patient référé en temps opportun. De plus, six médecins sur onze participants ne voyaient aucun problème à utiliser cette ressource. Par contre, les raisons invoquées de ne pas recourir à cette ressource sont les suivantes : (1) manque de temps, (2) perte de ses coordonnées, (3) clientèle ayant déjà un suivi psychiatrique, (4) manque de disponibilité des psychiatres, (5) peur de déranger, (6) faible gravité des cas dépistés n'ayant pas nécessité un appel au psychiatre de garde (Boulais et coll., 2002).

3.2.1.7. Lien avec les ressources communautaires

Deux ressources communautaires ont été présentées aux omnipraticiens lors de l'activité de formation : une ressource psychosociale et une ressource en toxicomanie.

Au total, une dizaine de fiches de suivi ont été complétées par les intervenantes psychosociales. La majorité des omnipraticiens ont remis la carte d'affaires de la ressource psychosociale à des patients, mais n'appelaient pas eux-mêmes la ressource psychosociale (Boulais et coll., 2002). Cependant, deux omnipraticiens ont développé l'habitude de référer les patients à risque, dont un le faisait déjà avant l'implantation du programme.

3.2.2 Évaluation des effets du programme

Le Tableau 2b présente les caractéristiques des patients des omnipraticiens des groupes expérimental et témoin. Comme l'indique ce tableau, les groupes expérimental et témoin étaient homogènes avant l'intervention, exception faite de la proportion plus élevée de patients de sexe masculin dans le groupe témoin (36,8%; (IC 95%) = 32,6-40,9) que dans le groupe expérimental (25,6%; (IC 95%) = 22,0-29,2) et de la proportion des troubles probables d'anxiété qui apparaît plus élevée dans le groupe témoin (34,2% ; (IC 95%) = 30,2-38,2) que dans le groupe expérimental (23,6% ; (IC 95%) = 20,2-27,1).

Motifs de consultation

Nos résultats ont montré que les principaux motifs de consultation avant l'intervention étaient les problèmes somatiques (73,0% et 74,2% pour le groupe expérimental et témoin respectivement) ou une visite médicale annuelle (20,1% et 19,5% respectivement). Les motifs psychosociaux comptaient pour moins de 10 pour cent des motifs de consultation exprimés.

Troubles psychiatriques probables

Par ailleurs, 6,9% des patients du groupe expérimental interviewés au temps 1 de l'étude étaient à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool au moment de leur visite médicale, 23,6% des patients, avaient un trouble probable d'anxiété, 21,1% étaient des cas probables de dépression majeure et 3,4% ont rapporté avoir eu une idéation suicidaire sérieuse dans le dernier mois précédant l'entrevue (Tableau 2b).

Tableau 2b : Caractéristiques sociodémographiques des patients à l'étude

	Avant l'expérimentation du programme			Après l'expérimentation du programme		
	Groupe expérimental (n = 204)	Groupe témoin (n = 191)	χ^2	Groupe expérimental (n = 173)	Groupe témoin (n = 174)	χ^2
Fichier-Patients	%	%		%	%	
Sexe						
Hommes	25,6	36,8	5,78*	26,6	35,1	2,9
Femmes	74,4	63,2		73,4	64,9	
Motifs de consultation						
Problèmes somatiques	73,4	74,2	0,03	63,6	70,1	1,67
Trouble probable d'anxiété	02,0	2,1	0,01	2,3	1,1	0,69
Symptômes dépressifs	04,9	4,2	0,12	2,3	5,7	2,64
Idéation suicidaire	00,0	0,0	Na	0,0	0,6	1,00
Visite annuelle	20,1	19,4	0,03	31,8	22,4	3,9*
Troubles probables selon le Q-PPS-MD						
Aucun	66,2	57,1	3,47	56,6	64,4	2,16
Abus ou dépendance à l'alcool	06,9	04,2	1,34	05,2	04,0	0,27
Trouble probable d'anxiété	23,6	34,2	5,35*	30,1	27,0	0,39
Dépression	21,1	25,1	0,91	27,7	19,5	3,24
Idéation suicidaire sérieuse	03,4	05,3	0,78	00,6	02,3	1,8
Problèmes abordés avec le MD						
Aucun	51,7	50,2	0,39	38,2	40,2	0,07
Abus ou dépendance à l'alcool	03,4	06,3	1,72	06,9	05,2	0,47
Trouble probable d'anxiété	30,5	25,7	1,16	36,4	33,3	0,36
Symptômes dépressifs	11,3	14,7	0,97	13,3	16,7	0,77
Idéation suicidaire	03,4	03,1	0,03	05,2	04,6	0,07
Prescriptions						
Aucune	83,8	89,0	1,42	93,0	81,0	9,04**
Benzodiazépines	07,4	04,2	1,80	01,2	05,2	4,56*
Antidépresseurs	08,8	06,8	0,56	05,8	13,8	6,30**
Références	3,9 (n = 8)	2,6 (n = 5)	0,48	0,6 (n = 1)	2,3 (n = 4)	1,81
	Moyenne (et)	Moyenne (et)	t	Moyenne (et)	Moyenne (et)	t
Âge (ans)	50,8 (18,1)	49,6 (18,1)	0,67	52,6 (17,7)	48,8 (16,1)	2,11*

* p < 0,05, ** p < 0,01

1-L'échantillon après l'intervention est basé sur la même cohorte de médecins omnipraticiens

Près de 3,5% des patients présentaient une comorbidité impliquant l'abus ou la dépendance à l'alcool, les symptômes d'anxiété ou de dépression (résultats non présentés). Par contre, la comorbidité entre l'anxiété et la dépression était relativement élevée et se retrouvait chez 16,7% des patients. Chez les patients ayant eu des idées suicidaires dans le dernier mois, 70,6% (12/17) présentaient aussi des symptômes d'anxiété ou de dépression. Aucune différence n'a été observée entre le groupe expérimental et témoin quant à la proportion de troubles psychiatriques probables rapportés (données non présentées).

Troubles psychiatriques probables abordés

Nos résultats montrent que les symptômes d'anxiété et de dépression ont été abordés par les médecins plus souvent que les problèmes liés à l'alcool et les idées suicidaires. Ces problèmes ont été abordés dans des proportions similaires dans le groupe expérimental et témoin (Tableau 2b).

Parmi les patients du groupe expérimental qui présentaient un problème d'abus ou de dépendance probable à l'alcool, un trouble probable d'anxiété, de dépression ou avaient rapporté avoir eu une idéation suicidaire sérieuse dans le dernier mois, 4,5%, 44,2%, 31,9% et 23,5%, d'entre eux respectivement ont rapporté avoir abordé le problème avec leur médecin lors de leur consultation (résultats non présentés). Nos résultats montrent qu'au total, 56,5% (39/69) des patients qui présentaient l'un ou l'autre de ces problèmes de santé ont abordé la question avec leur médecin. Aucune différence entre le groupe expérimental et témoin n'a été observée quant à la proportion de patients ayant abordé les 4 problèmes ciblés par le programme. Notons par ailleurs que les omnipraticiens de sexe masculin ont abordé moins souvent la problématique du suicide avec leurs patients que leurs collègues de sexe féminin (RC = 0,29 ; IC (95%) = 0,09-0,96) (résultats non présentés).

Prise en charge par le médecin omnipraticien

Nos résultats ont permis de mettre en évidence une différence significative entre les groupes expérimental et témoin quant à la prescription de benzodiazépines et d'antidépresseurs (Tableau 3). Au total 7,4% des patients du groupe expérimental ont

reçu une prescription de benzodiazépines et 8,8% ont reçu une prescription d'antidépresseurs lors de leur visite médicale. Parmi les patients du groupe expérimental qui présentaient au moins un des 4 facteurs de risque de suicide, 28% (38/137) ont reçu une prescription de benzodiazépines ou d'antidépresseurs (résultats non présentés).

Tableau 3. Résultats de l'analyse de régression logistique bivariée traduisant l'effet du programme sur les variables dépendantes à l'étude

	Temps 1				Temps 2				Valeur p de l'interaction (groupe x temps)			
	Proportion au temps 1 de l'étude	Proportion au temps 2 de l'étude	b*	se	Exp(b)**	IC (95%)	b*	se		Exp(b)**	IC (95%)	
	Gr. Exp / Tém.	Gr. Exp / Tém.										
Proportion de patients avec lesquels la consommation d'alcool a été abordée												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	3,4% / 6,3%	6,9% / 5,2%	-0,63	0,49	0,55	0,21 - 1,38	0,31	0,46	1,37	0,56 - 3,33	0,16	
Proportion de patients avec lesquels les symptômes d'anxiété ont été abordés												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	30,5% / 25,7%	36,4% / 33,3%	0,24	0,23	1,27	0,82 - 1,98	0,14	0,23	1,15	0,74 - 1,78	0,74	
Proportion de patients avec lesquels les symptômes de dépression ont été abordés												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	11,3% / 14,7%	13,3% / 16,7%	-0,30	0,3	0,74	0,41 - 1,34	-0,27	0,30	0,77	0,42 - 1,39	0,94	
Proportion de patients avec lesquels la présence d'idées suicidaires a été abordée												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	3,4% / 3,1%	5,2% / 4,6%	0,10	0,57	1,1	0,36 - 3,34	0,13	0,5	1,14	0,43 - 3,02	0,97	
Proportion de patients ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	8,8% / 6,8%	5,8% / 13,8%	0,28	0,38	1,33	0,63 - 2,78	-0,96	0,39	0,38	0,18 - 0,83	0,02	
Proportion de patients ayant reçu une ordonnance de benzodiazépines												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	7,4% / 4,2%	1,2% / 5,2%	0,60	0,45	1,82	0,75 - 4,39	-1,54	0,79	0,21	0,05 - 1,01	0,02	
Proportion de patients ayant été référés en psychiatrie, psychologie, travail social ou à une ressource communautaire												
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	3,9% / 2,6%	0,6% / 2,3%	0,42	0,58	1,52	0,49 - 4,72	-1,40	1,12	0,25	0,03 - 2,23	0,15	

* $\ln(P_y/1-P_y) = \beta_0 + \beta_1(\text{groupe}) + \beta_2(\text{temps}) + \beta_3(\text{groupe} \times \text{temps})$ où $\ln(P_y/1-P_y)$ = le logis du rapport de chances que les sujets du groupe expérimental aient discuté de la problématique visée par le programme

** $\text{Exp}(b)$ = le rapport de chances des sujets du groupe expérimental par rapport aux sujets du groupe témoin

Référence par le médecin omnipraticien

Comme l'indique le Tableau 3, au temps 1 de l'évaluation, 3,9% des patients du groupe expérimental et 2,6% des patients du groupe témoin présentant un problème d'alcool, d'anxiété, de dépression ou une idéation suicidaire sérieuse ont été référés à un psychiatre, psychologue ou à une ressource communautaire. Cette différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative. Par ailleurs, seulement 1% (1/137) des patients présentant les symptômes reliés aux troubles étudiés ont été référés en psychiatrie, 2% (2/137) des patients ont été référés à un psychologue et aucun patient n'a été référé à un travailleur social ou à une ressource communautaire (résultats non présentés).

Résumé des résultats au temps 1

Ces résultats portant sur la situation prévalant avant l'intervention démontrent la pertinence de développer un programme de prévention du suicide qui cible les médecins omnipraticiens. D'une part, nos résultats ont montré que les médecins ont abordé les problématiques étudiées auprès de seulement 48,5% des patients ayant un trouble probable de santé mentale lors de leur visite médicale et, d'autre part, ils ont mis en évidence le fait que 4,3% des patients avaient eu des idées suicidaires sérieuses au cours du mois précédant leur visite médicale et que seulement 23,5% d'entre eux ont rapporté en avoir discuté avec leur médecin lors de la visite médicale.

3.2.2.3. Les effets de l'intervention

Troubles psychiatriques probables abordés

Comme l'indiquent les résultats présentés au Tableau 3, il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant à la proportion de patients avec qui les omnipraticiens ont abordé la consommation d'alcool. Dans le groupe expérimental, cette proportion est passée de 3,4% à 6,9% après l'intervention. Pour le groupe témoin, cette proportion est passée de 6,3% à 5,2%.

Par ailleurs, nos résultats n'ont pas permis de constater, une augmentation de la proportion de patients avec qui les omnipraticiens du groupe expérimental ont abordé la

question de l'anxiété. Dans le groupe expérimental, la proportion est passée de 30,5% à 36,4% après l'intervention. Pour le groupe témoin, cette proportion est passée de 25,7% à 33,3%.

Aucune différence entre les groupes expérimental et témoin n'a été observée quant à la proportion de patients avec lesquels les symptômes de dépression ont été abordés. Toutefois, la proportion de patients avec qui on a abordé les symptômes de dépression a augmenté dans les deux groupes de médecins, passant de 11,3% à 13,3% dans le groupe d'expérimentation et de 14,7% à 16,7% dans le groupe témoin. Finalement, nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes de médecins quant à la proportion de patients avec qui on a abordé la présence d'idées suicidaires. Dans le groupe d'expérimentation, cette proportion est passée de 3,4% à 5,2% après l'intervention, alors que dans le groupe témoin, elle est passée de 3,1% à 4,6%.

La prise en charge par les médecins

Nos résultats indiquent une différence statistiquement significative de la proportion de patients ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs ou de benzodiazépines avant et après l'expérimentation entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Comme l'indique le Tableau 3, la proportion de patients ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs ou de benzodiazépines a diminué dans le groupe expérimental alors qu'elle a augmenté dans le groupe témoin. Cependant, les données regroupées en fonction des médecins (voir le Tableau 4) suggèrent que le changement observé entre les deux temps de mesures n'est pas statistiquement significatif.

Référence à des ressources

Concernant la proportion de patients ayant été référés en psychiatrie, à une ressource communautaire, en psychologie ou au travailleur social, nos résultats ne montrent aucune modification statistiquement significative quant au comportement de référence des médecins du groupe expérimental en comparaison du groupe témoin.

Comme l'indique le Tableau 4, les analyses effectuées à partir des données du fichier-médecins confirment les résultats présentés à partir des données du fichier-patients.

Tableau 4. Comparaison de moyennes traduisant l'effet du programme sur les variables dépendantes à l'étude

	Moyenne (écart-type) au temps 1 de l'étude	Valeur p du test t au temps 1	Moyenne (écart-type) au temps 2 de l'étude	Valeur p du test t au temps 2	Valeur p du test t pour données paillées du temps 1 et 2	Valeur p de l'interaction (groupe x temps)
	Gr. Exp / Tém.		Gr. Exp / Tém.		Gr. Exp / Tém.	
Moyenne de patients avec lesquels la consommation d'alcool a été abordée						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	3,2 (6,4) / 6,5 (9,7)	0,14	8,9 (15,4) / 4,7 (8,4)	0,22	0,07 / 0,52	0,07
Moyenne de patients avec lesquels les symptômes d'anxiété ont été abordés						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	32,4 (18,1) / 27,4 (26,1)	0,40	37,5 (16,9) / 30,6 (24,9)	0,23	0,25 / 0,63	0,81
Moyenne de patients avec lesquels les symptômes de dépression ont été abordés						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	11,9 (14,7) / 15,9 (18,1)	0,38	14,9 (14,1) / 15,9 (15,7)	0,82	0,42 / 0,99	0,64
Moyenne de patients avec lesquels la présence d'idées suicidaires a été abordée						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	3,5 (8,1) / 3,2 (9,5)	0,9	4,4 (13,2) / 4,7 (10,2)	0,93	0,78 / 0,62	0,89
Moyenne de patients ayant reçu une ordonnance d'antidépresseurs						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	9,6 (12,5) / 9,0 (21,5)	0,9	8,2 (14,4) / 12,6 (15,0)	0,27	0,69 / 0,38	0,35
Moyenne de patients ayant reçu une ordonnance de benzodiazépines						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	8,2 (10,4) / 3,6 (8,3)	0,08	2,2 (9,6) / 5,0 (9,1)	0,28	0,05 / 0,62	0,07
Moyenne de patients ayant été référés en psychiatrie, psychologie, travail social ou à une ressource communautaire						
Groupe expérimental (1) / témoin (0)	2,0 (6,2) / 2,3 (5,6)	0,85	3,7 (12,2) / 2,0 (5,6)	0,49	0,53 / 0,80	0,49

Groupe expérimental (n=29) / témoin (n=26)

4. DISCUSSION

L'objectif du programme PPS-MD était d'améliorer la capacité du médecin généraliste à identifier, traiter et référer les patients qui présentaient des idéations suicidaires sérieuses ou un problème de dépression, d'anxiété ou de dépendance aux drogues ou à l'alcool et ultimement de diminuer le taux de suicide. Des activités de sensibilisation à la problématique du suicide par une déléguée médicale, de formation et l'utilisation d'outils de bureau étaient susceptibles d'améliorer la capacité du médecin généraliste en ce sens. La mise en place de mesures organisationnelles susceptibles de soutenir l'action des médecins généralistes auprès de ces personnes était aussi privilégiée.

Les résultats de l'évaluation de l'implantation du programme PPS-MD montrent qu'il est possible de mobiliser les décideurs et les médecins autour de la problématique du suicide. L'utilisation de déléguées médicales combinée à l'attrait d'une formation créditée et rémunérée a permis d'obtenir un taux de participation élevé au volet de formation du programme. On doit par contre noter la sous utilisation du questionnaire Q-PPS-MD et la faible utilisation par les médecins de la ressource psychosociale associée au programme. Un suivi trop peu intensif de l'implantation pourrait expliquer ces lacunes.

Lors de l'étude des besoins, les médecins et les responsables de la formation ont montré un intérêt marqué concernant la problématique de la prévention du suicide. Tous les décideurs approchés ont donné leur appui au programme. Toutefois, bien que cet appui ait été essentiel au développement et à l'implantation du PPS-MD, aucun des décideurs mobilisés n'a joué un rôle actif de leader d'opinion régional, exception faite de certains médecins, tant au plan de la visibilité du programme, de sa crédibilité ou de son implantation. Un support plus actif de ces leaders dans l'avenir est souhaitable afin de créer une meilleure mobilisation et promouvoir le rôle du médecin omnipraticien en clinique privée face à la problématique du suicide.

La perception des médecins concernant leurs expertises peut influencer leur participation à un programme de prévention du suicide. Or, notre étude de besoins a montré que les deux tiers (66%) des omnipraticiens considéraient leurs connaissances insuffisantes en regard de la prise en charge à long terme des patients suicidaires. Nos données ont montré qu'au moins un patient sur deux aux prises avec l'une des

problématiques à l'étude n'avait pas abordé leur problème avec leur médecin, suggérant ainsi que les médecins peuvent être des intervenants clés dans l'identification et la prise en charge des patients à risque (Programme de Santé Publique, 2003; évaluation to Clinical Preventive Services, 1996; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994).

Dans le cadre de ce projet, nous visions à former 80% des médecins du groupe expérimental. Nos résultats montrent que 58% des médecins rencontrés par la déléguée médicale ont reçu la formation proposée. Divers facteurs peuvent expliquer cet écart, dont un court délai entre la visite de la déléguée et la formation, un agenda chargé des médecins et la perception de leur part que le suivi des personnes suicidaires relève davantage de la psychiatrie. Un manque de ressources psychosociales et psychiatriques et la possibilité pour les médecins de participer, au cours de la même année, à d'autres formations peuvent aussi expliquer ce taux de participation.

La proportion de médecins ayant participé à la formation proposée se compare cependant avantageusement à celle de 24% obtenue dans un autre projet de formation aux omnipraticiens (Groulx et coll., 2001) et à celle de 10% rapportée généralement par l'industrie pharmaceutique. De plus, l'utilisation d'un questionnaire auprès des patients recrutés à la salle d'attente a pu être un obstacle à la participation des médecins, étant jugée intrusive par certains d'entre eux. Nos résultats peuvent ainsi sous-évaluer la proportion réelle de participants qui aurait été obtenue en l'absence de la procédure d'évaluation.

L'analyse de l'implantation du programme suggère que la visite de la déléguée médicale, une formation centrée sur l'acquisition d'habiletés cliniques, l'offre de ressources pour la prévention du suicide, l'allocation et les crédits académiques de formation accordés aux médecins ont été des éléments favorables au recrutement (Boulais et coll., 2002).

Suite à cette formation, les omnipraticiens ont rapporté se sentir alors prêts à reconnaître une co-responsabilité avec les autres ressources telles que les psychiatres et les ressources psychosociales du milieu face aux patients suicidaires. Ils ont rapporté être plus vigilants face aux problèmes de santé mentale de leurs patients et se percevaient mieux outillés en matière de prévention du suicide (Boulais et coll., 2002).

Les résultats de l'évaluation de l'efficacité du programme n'ont pas permis de constater que la formation offerte avait initié un changement de comportement chez les médecins participant au programme. Les omnipraticiens formés, ainsi que ceux ayant fait une utilisation plus soutenue du questionnaire Q-PPS-MD, n'ont pas montré par rapport aux médecins du groupe témoin une amélioration de la proportion de patients avec qui ils ont abordé la consommation d'alcool et les symptômes d'anxiété. En outre, nos résultats n'ont pas montré de différences significatives entre les groupes expérimental et témoin quant à la proportion de patients avec qui les symptômes de dépression ou les idées suicidaires ont été abordés. Ces constats rejoignent les conclusions de Thompson (2000) qui suggère qu'un volet de formation seul ne serait pas suffisant pour améliorer chez les médecins la détection des patients suicidaires. Il est à noter cependant que les résultats observés dans le groupe expérimental sont dans la direction attendue. En particulier, la différence non significative observée entre le groupe expérimental et témoin concernant la moyenne de patients avec lesquels la consommation d'alcool a été abordée pourrait être attribuable à la faible puissance de l'étude.

Nos résultats ont par ailleurs montré qu'après l'intervention, les médecins du groupe expérimental prescrivaient moins de antidépresseurs et de benzodiazépines (Tableaux 3 et 4) aux patients présentant un trouble de santé mentale ou des idées suicidaires que les omnipraticiens du groupe témoin. Cette différence est difficile à expliquer dans le contexte de l'intervention proposée. La différence observée pourrait être reliée à une différence dans la gravité des symptômes de la clientèle rencontrée dans chacun des groupes, à une offre de service différente dans la région expérimentale et la région témoin ou à l'effet d'une intervention parallèle donnée aux médecins du groupe témoin durant la période d'expérimentation du programme PPS-MD.

Le questionnaire de dépistage Q-PPS-MD a été peu utilisé par les médecins. Cet outil était pourtant considéré comme un élément central pour aider les médecins à identifier des patients présentant un risque suicidaire. L'attitude résistante des omnipraticiens face à ce type d'outil serait un facteur important qui en a limité l'utilisation. Pour susciter la participation des médecins à l'évaluation post-intervention, une relance téléphonique a été faite par le médecin formateur. Près de 90% des médecins ont accepté d'y participer. Malgré une intention de participer marquée, l'utilisation du Q-PPS-MD est

demeurée marginale durant cette phase d'évaluation. Ce phénomène pourrait expliquer en bonne partie l'absence d'efficacité du programme PPS-MD.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la faible utilisation du questionnaire de dépistage. Premièrement, lors de la formation des médecins, la période consacrée à l'utilisation du questionnaire de dépistage était possiblement trop courte pour décrire clairement son contenu et les avantages associés à son utilisation avec tous les patients. Le document explicatif d'une page qui accompagnait le questionnaire n'était possiblement pas suffisant pour susciter son utilisation. L'emploi correct d'outils similaires exige parfois une formation spécifique, un guide d'utilisation détaillé, ainsi qu'un suivi adéquat (Kaner et coll., 1999). Deuxièmement, des informations recueillies par les identités médicales lors du recrutement suggèrent que parmi les médecins qui ont accepté de participer au programme et qui ont assisté à l'atelier de formation, certains affirmaient se sentir plutôt confiants en leur capacité d'identifier, parmi leurs patients, ceux qui présentaient des idéations suicidaires sérieuses. Pour cette raison, ces médecins n'ont possiblement pas jugé opportun d'utiliser le questionnaire d'identification Q-PPS-MD d'une manière systématique dans la salle d'attente, tel que proposé dans le programme. Par ailleurs, certaines études suggèrent que les médecins omnipraticiens surestiment leur capacité à détecter certains troubles mentaux tels que la dépression majeure (Burvill, 1990) et sous-estiment le nombre de patients suicidaires qui les visitent. Finalement, au Québec, de nombreux médecins omnipraticiens travaillant en clinique privée seraient réticents face à l'utilisation de ce type d'outil de dépistage des troubles mentaux. D'autres médecins considéreraient que ces instruments identifient de nombreux faux positifs nécessitant inutilement une investigation supplémentaire et donc un surplus de travail dans un contexte clinique déjà surchargé. Certains craignent d'ouvrir une « boîte de Pandore » en investiguant la détresse psychologique des patients, camouflée derrière leurs plaintes somatiques. Ceux-ci craignent de ne pas pouvoir prendre en charge tous ces cas dans le cadre de leur consultation ou de ne pas trouver les ressources appropriées à qui les référer. Des efforts devraient être faits pour sensibiliser les médecins au fait que seulement 50% des patients ayant un problème de santé mentale (selon les critères du DSM-IV) sont détectés sans l'utilisation d'outil de dépistage.

Nos résultats ont montré que la ressource psychosociale proposée dans le cadre du programme était disponible telle que prévue. Cependant, cette ressource n'a pas été utilisée tel qu'escompté malgré l'intérêt manifesté par les omnipraticiens lors de l'étape d'évaluation des besoins dans la phase de développement du PPS-MD. Plus précisément, le sondage antérieur au PPS-MD montrait que 73% d'entre eux jugeaient très utile d'avoir accès en tout temps à un intervenant psychosocial. Selon le groupe de discussion réalisé en janvier 2001, les médecins considéraient que l'action d'un intervenant psychosocial, telle que définie dans le programme PPS-MD, comblerait un vide dans le suivi des patients suicidaires. Une discussion avec la responsable de la ressource psychosociale a permis d'identifier deux facteurs responsables de la faible utilisation de cette ressource : (1) une différence dans la culture des groupes communautaires et des médecins concernant l'approche et le traitement des sujets suicidaires et (2) une perception défavorable de la part des médecins qui a pu entraîner un plus faible recours aux ressources communautaires. Par ailleurs, les ressources en psychiatrie étaient déjà connues et utilisées par les médecins, peu de changements ont été observés dans les comportements des médecins du groupe expérimental quant à l'utilisation de ces services.

Enfin, notons qu'une longue période de transition due à un changement dans la coordination du programme a contribué à retarder l'échéancier de l'implantation du programme et a modifié la nature du suivi tant auprès des médecins, des psychiatres que des intervenants psychosociaux. Ceci n'a pas permis de faire la relance prévue quelques mois après l'implantation du programme. Ainsi, aucune relance n'a été effectuée pendant 9 mois. L'analyse du processus d'implantation permet de conclure qu'il aurait été utile d'effectuer un suivi sous forme d'un contact individuel permettant une rétroaction et la création d'un canal de communication avec les médecins participant au projet. La relance téléphonique faite par le médecin formateur montre que ceci était possible.

5. CONCLUSION

En conclusion, sans avoir pu démontrer l'efficacité du programme PPS-MD, nos résultats suggèrent que l'instauration d'une innovation, telle que le programme PPS-MD, dans la pratique médicale actuelle est possible, mais il s'agit d'un processus laborieux. Cette conclusion est partagée par Kaner et ses collaborateurs (1999), qui ont montré que l'implantation d'une intervention visant le dépistage des patients à risque de problème de santé dû à l'alcool demande une formation et un support soutenu à l'implantation pour démontrer son efficacité. Ces auteurs soulignent qu'une partie des médecins qui avaient adopté le programme recevaient aussi de l'aide d'autres professionnels de la santé, tels que des infirmières. Ces auteurs notent aussi que malgré le fait que les médecins répondants étaient plus motivés, les médecins qui ont implanté l'intervention étaient marginaux (10% de la cohorte) et que peu d'entre eux ont poursuivi l'intervention une fois l'étude terminée. Des barrières structurelles et organisationnelles demeuraient pour empêcher une implantation à long terme du programme.

Dans l'ensemble, malgré des résultats dans la direction attendue, il n'a pas été possible dans le cadre de cette évaluation de démontrer l'efficacité du programme PPS-MD. L'intensité du suivi auprès des médecins peut expliquer en partie la faible utilisation des outils de bureau, particulièrement pour le Q-PPS-MD, ainsi que le peu d'impact obtenu dans l'établissement d'un partenariat avec l'intervenant psychosocial. Nos résultats suggèrent qu'un support plus soutenu, personnalisé et adapté aux besoins de chacun des médecins et à son niveau de motivation à modifier sa pratique en matière de prévention du suicide aurait été nécessaire. L'approche des déléguées médicales semblerait tout à fait adaptée pour ce support (Groulx, 2001). Selon le protocole élaboré par Groulx et coll. (2001), une ou plusieurs visites individuelles de la déléguée médicale consécutives à la formation permettraient de soutenir le changement de comportement escompté par le PPS-MD. Un support téléphonique pourrait aussi être envisagé et testé pour minimiser les coûts de l'intervention tel que proposé par Kaner et collaborateurs (1999).

Plusieurs forces et limites doivent être soulevées tant au niveau de l'intervention que de son évaluation. En ce qui a trait aux forces, la satisfaction des médecins par rapport aux visites de la déléguée médicale, de l'atelier de formation, des ressources et des outils proposés supportent la pertinence du PPS-MD. Le processus d'évaluation s'est déroulé avec une grande implication des omnipraticiens, ainsi que de leurs patients et avec un taux de réponse élevé. Par ailleurs, le manque de suivi pour soutenir les changements de comportement souhaités chez les omnipraticiens a pu limiter de façon importante l'efficacité du programme. Le recrutement sur une base volontaire des médecins a pu introduire un biais de sélection. Notre hypothèse est que les médecins des groupes expérimental et témoin étaient davantage sensibilisés que la moyenne des médecins à la problématique du suicide. Toutefois, l'utilisation d'un groupe témoin a permis de contrôler ce biais potentiel. Il se peut cependant qu'un biais attribuable à l'introduction d'une innovation et à la procédure d'évaluation ait entraîné un changement de comportement plus important chez les médecins du groupe témoin.

En fait, la visite de la déléguée médicale invitant les médecins du groupe expérimental et témoin à participer au PPS-MD a pu susciter une prise de conscience de la problématique chez le groupe témoin minimisant ainsi la différence entre les groupes de médecins. Le fait que les médecins étaient au courant qu'une évaluation allait être faite peut avoir stimulé le groupe témoin à performer davantage. Par ailleurs, étant donné la proximité des territoires expérimental et témoin, un biais de contamination était possible quoique selon nous peu probable. Notons aussi, le fait que les territoires expérimental et témoin ne sont pas homogènes. Le territoire témoin présente plusieurs sous-régions de petites tailles, tandis que le territoire expérimental est particulièrement concentré autour d'un grand centre. Un biais relié à l'offre dans les territoires témoin et expérimental d'une formation du Collège des médecins sur la prévention du suicide auprès des adolescents durant la période d'expérimentation est aussi possible. Par contre, la proportion des médecins rejoints par cette formation dans les deux groupes est similaire. Ces biais potentiels ont pu avoir pour conséquence de réduire les différences entre les groupes expérimental et témoin.

6. RECOMMANDATIONS

Compte tenu de nos observations concernant la faisabilité d'une intervention auprès des médecins, il est suggéré de poursuivre la conscientisation des associations médicales à la problématique du suicide. L'engagement des leaders de la profession médicale devrait aller au-delà de l'appui moral, mais déboucher sur le recrutement de leaders locaux probablement rémunérés. La réalisation d'une tournée de sensibilisation, le développement de canaux de communication et la formation de facilitateurs locaux devraient être envisagés afin d'obtenir un support actif des leaders locaux pour ce type de programme.

Compte tenu des coûts associés à l'implantation d'un tel programme et avant de procéder à la généralisation du programme PPS-MD, il est suggéré de procéder à une révision du programme et à une nouvelle évaluation de son efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intention, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV*. Washington DC.
- Angst, J. (1990). Depression and Anxiety: A review of studies in the community and in primary health care. In N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lescubrier & U. Wittchen (Eds.), *Psychological disorders in general medical settings*, Toronto/Lewiston, NY/Bern/Göttingen/Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers.
- Mémoire présenté à la Régie régionale de la Montérégie au sujet du plan de consolidation des services de santé 1999-2002.*
- Bouchard, N., Lamarre, A., Massé, L. & Théorêt, M. (1999a). *Étude sur les besoins des médecins omnipraticiens de la Montérégie sur la prévention du suicide*. Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.
- Bouchard, G., Champagne, C., Darveau, S. & Fortier, M. (1999b). *Étude sur les obstacles et solutions à l'implantation du Programme de prévention du suicide par les médecins omnipraticiens (PPS-MD) en Montérégie*. Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.
- Boulais, I., Fontaine, K., Lussier, V. & Pelletier, L. (2002). *Programme de prévention du suicide : Évaluation de l'implantation du programme PPS-MD*. Rapport de recherche. Université de Sherbrooke.
- Blumenthal, S. J. (1988). Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Medicine Clinic North America*, 72, 937-971.
- Bollen, K. & Lennox, R. (1991). Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin* 110 (2), 305-14.
- Brent, E. E. & Thompson, A. (1993). An expert system for determining sample size (verion3). Idea works inc.
- Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior : mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- Burvill, P.W. (1990). The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. In N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lescubrier, & U. Wittchen (Eds.). *Psychological disorders in general medical settings*, Toronto/Lewiston, NY/Bern/Göttingen/Stuttgart:Hogrefe & Huber Publishers.
- Carey, K. & Kogan, S. (1971). Explanation of factors influencing physician decisions to refer patients to the mental health services. *Medical Care*, 9, 55-66.

Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966). Experimental and quasi-experimental designs for research.

Cattel, H. R. (1988). Elderly suicide in London. *International Journal of Geriatric Psychology*, 3, 251-261.

Collège des médecins du Québec (1997). *Rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*. Montréal.

Collège des médecins du Québec (1998). Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000 (1998). *Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000*. Montréal: Collège des médecins du Québec.

Collège des médecins du Québec (1999). *Accessibilité aux soins médicaux et psychiatriques pour la clientèle des adolescents*. Énoncé de position. Montréal.

Damsbo, N. & Friberg, S. (1989). Den suicidal patient. *Ugeskr Laeger*, 13, 826- 832.

Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. et coll. (1995). Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 274: 700-705.

Denis J. L. & Champagne. (1990). Analyse de l'implantation. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé N90-05.

Diekstra, R.F.W. & Egmond, M. (1989). Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 268-275.

Direction de la santé publique (1999). *Plan d'action régional face au suicide*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.

Direction de santé publique de la Montérégie, (2003). Le plan d'action régional 2004-2007 «Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie ». Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.

Giron, M., Manjon-Arce P., Puerto-Barber, J., Sanchez-Garcia, E. & Gomez-Beneyto, M. (1998). Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 155, 530-535.

Goldberg, D. (1990). Reasons for misdiagnosis. In N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Sylva, Y. Lescubrier & U. Wittchen (Eds.). *Psychological disorders in general medical settings*, Toronto/Lewiston, NY/Bern/Göttingen/Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers.

Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. New York: Tavistock Publications.

Gosh, T. B. & Victor, B. S. (1994). In R.E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds). *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press.

Groulx S., Maârroufi A., Haiek L.N., Donovan D. & Chapuis P (2001). Promotion de la prévention clinique (PPC): un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie, Québec. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Longueuil.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa: Groupe Communication Canada.

Gunnell, D. (1994) Recent studies of contacts with service prior to suicide. In R. Jenkins, S., Griffiths, I. Wylie & K. Hawton, (Eds.). *The prevention of suicide*. London: HMSO.

Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.

Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. Wiley & Sons. New York.

Howe, A. (1996). Detecting psychological distress : can general practitioners improve their own performance? *British Journal of General Practice*, 46(408) : 407-410.

Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.

Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé*. Gouvernement du Québec.

Kaner, E.F.S., Lock, C.A., McAvoy, B.R., Heather, N. & Gilvarry, E. (1999). A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *British Journal of General Practice*; 49 : 699-703

Kates, N., Craven, M., Crustolo, A.M. & Nikolaou, L. (1998). Mental health services in the family physician's office: a Canadian experiment. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 35(2): 104-113.

Kates, N., Craven., M.A., Crustolo, A.M., Nikolaou, L., Allen, C. & Farrar, S. (1997) Sharing care : the psychiatrist in the family physician 's office. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9) : 960-965.

Kates, N., Craven., M.A., Crustolo, A.M., Nikolaou, L., Allen, C. & Farrar, S. (1997a) Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. *General Hospital Psychiatry*, 19(5) : 324-332.

Kates, N., Crustolo, A.M., Nikolaou, L., Craven, M.A. & Farrar, S. (1997b) Providing psychiatric backup to family physicians by telephone. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9) : 955-959.

Kirsling, R. A. (1986). Review of suicide among elderly persons. *Psychological Reports*, 59, 359-366.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lesage, A. (1994) Troubles mentaux et suicide. *Santé mentale au Québec*, 19, 7-14.

Lesage, A., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 : 1063-1068.

Lussier, M.-T., Rosenberg, E., Beaudoin, C. & Richard, C. (1998). Doctor-patient communication characteristics associated with psychological distress detection in primary care. Communication présentée à la 26ième rencontre annuelle de la North American Primary Care Research Group tenue à Montréal.

Malavaud, S. et collègues. (1989). Le suicide chez les personnes âgées. *La revue de gériatrie*, 14, 25.

Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry* 131, 1121-1123.

McIntosh, J. L., Santos, J. F., Hubbard, R. W. & Overholser, J. C. (1994). *Elder suicide, research, theory and treatment*. American Psychological Association : Washington, DC.

Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide. *Journal of Nervous and Mental disease*, 164, 231-235.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998). *S'entraider pour la vie. Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Programme National de Santé Publique*.

Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 22-35.

Organisation mondiale de la santé, World Health Organization (1985). *Targets for health for all*. Bureau régional de l'OMS à Copenhague.

Ormel, J., Tiemens, B.G., van Os, T.W., van der Meer, K., Jenner, J.A. & van den Brink, R.H. (1998). Improved recognition and treatment of depression with occasional faster recovery through postgraduate training of family practitioners. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142 : 2572-2577.

Osgood, N. J. (1985). *Suicide in the elderly*. Rockville: Aspen Systems.

Petrie, K. (1989). Recent general practice contacts of hospitalized suicide attempters. *New Zealand Medical Journal*, 102, 130-131.

Pirkis, J., Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts : a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173 : 462-474.

- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaetan Morin Éditeur.
- Préville, M. Boyer, R. & Hébert, R. (2002). Physical health and mental disorder in elderly suicide : a case control study. Rapport de recherche
- Roy, A. (1995). Suicide. In H. I., Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rutz, W., von Knorring, L. & Wälinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-154.
- Rutz, W., von Knorring, L. & Wälinder, J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83-88.
- St-Laurent, D. & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente ?* Institut national de santé publique du Québec.
- St-Laurent, D. & Tennina, S. (2000). Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Saint-Laurent, D. (1998). *Compilations spéciales*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Soumerai, S. B. & Avorn, J. (1990) Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*; 263 : 549-556.
- Taylor, S. J., Kingdom, D. & Jenkins, R. (1997) How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 457-463.
- Thomson-O'Brien, M. A., Oxman, A. D., Davis, D. A., Haynes, R. B., Freemantle, N., & Harvey, E. L. (2000). Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews [computer file]*. (2):CD000409.
- Turner, R. M. (1982). Parasuicide in an urban general practice 1970-1979. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32, 273-281.

U.S. Preventive Services Task Forces. (1996). *Guide to clinical preventive services, second edition*. Mariland.

Williams, J. M. G. & Goldney, R. D. (1994). Suicide prevention in Gotland. *British Journal of Psychiatry*, 165, 692-698.

Worrall, G., Angel, J., Chaulk, P., Clarke, C. & Robbins. M. (1999). Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression : a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 161 : 37-40.

Yin, R. K. (1994). *Case study research : Design and methods*. Sage, Applied social research methods series, vol. 5.

Zweig, R.A. & Hinrichsen. (1993). Factors associated with suicide by older adults. *American Journal of Psychology*, 150, 1687-1692.

ANNEXES