

# PPS-MD

## Élaboration, implantation et évaluation d'un Programme de Prévention du Suicide s'adressant aux MéDecins généralistes

Marie JULIEN<sup>1,3,5</sup>

Stéphane GROULX<sup>1,2</sup>

Michel PRÉVILLE<sup>2</sup>

Malorie TOUSSAINT-LACHANCE<sup>1</sup>

Yves FILION<sup>1</sup>

Lorraine DESCHÊNES<sup>1</sup>

Jean-Louis DENIS<sup>4</sup>

Danielle ST-LAURENT<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup> Direction de santé publique de la Montérégie

<sup>2</sup> Université de Sherbrooke

<sup>3</sup> Institut national de santé publique du Québec

<sup>4</sup> Université de Montréal

<sup>5</sup> CRISE



RÉGIE RÉGIONALE  
DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX  
MONTÉRÉGIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE



# *Plan de la présentation*

1- La problématique

2- La théorie

3- Les hypothèses

4- L'élaboration du programme PPS-MD

5- L'implantation du programme PPS-MD

6- L'évaluation de l'implantation

7- L'évaluation des effets

8- Un aperçu des coûts

9- Conclusions



# *1- La problématique*

- Forte prévalence des **troubles mentaux** chez les personnes qui se suicident: 80% et plus
- Entre 50 et 76 % des personnes qui se suicident **visitent un médecin généraliste** au cours du mois précédent
- Dans près de la moitié des cas, **les médecins ne réussissent pas à détecter** la présence de troubles mentaux
- Facteurs en cause: **connaissances, attitudes et habiletés** des médecins; **conditions** dans lesquelles s'exerce la médecine générale

# *1- La problématique (suite)*



L 'expérience du Gotland, un programme de formation sur la dépression:

1. ↓ de 50 % des références en psychiatrie, ↓ de 50 % de la fréquence des congés de maladie pour dépression et ↓ de 33 % des hospitalisations;
2. ↓ des taux de suicide de 25 à 7/ 100 000h, surtout chez les femmes;
3. ↑ des antidépresseurs et du lithium, ↓ des benzo, neuroleptiques, sédatifs.

## 2- *La théorie du programme*

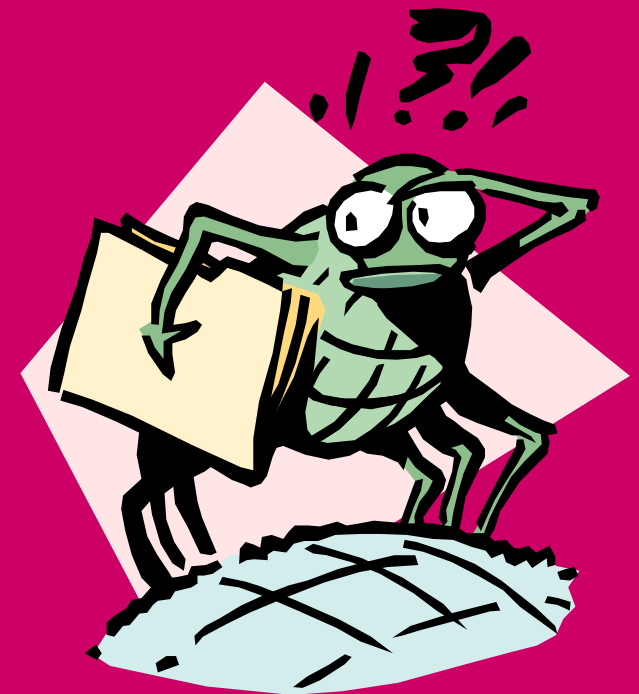
### ■ **Changement organisationnel** (Denis et Champagne, 1990)

- mobilisation et implication des différentes ressources du milieu;
- création d'un partenariat

### ■ **Changement individuel** (Ajzen et Madden, 1986; Oxman *et al.*, 1995)

4 déterminants:

- vulnérabilité perçue
- normes subjectives
- auto-efficacité perçue
- efficacité perçue de l'intervention



### *3- Les hypothèses du programme*

*H1 (implantation): Plus la stratégie implantée sera conforme à celle planifiée, plus la probabilité de succès sera élevée:*

- 50 % des mds-E rencontrés accepteront de participer à la formation
- 80 % des mds-E seront en liaison avec un psychiatre, avec un intervenant psychosocial et utiliseront les outils proposés

*H2 (efficacité): Les médecins du groupe expérimental auront de meilleurs résultats que ceux du groupe témoin:*

- le nb de patients à risque traités aura augmenté de 50%
- le nb de patients à risque pour lesquels une consultation en psychiatrie a été demandée et référés à l'intervenant psychosocial aura doublé



## *4 - L'élaboration du programme PPS-MD*



### *Diagnostic environnemental et comportemental*

- *objectifs : identifier les obstacles éventuels face au programme proposé ; proposer des éléments de solution*
  
- *moyens :*
  - *consultation auprès des responsables de la formation des associations médicales*
  - *sondage auprès d'une centaine d'omnipraticiens*
  - *groupe de résolution de problèmes*

# 4 - L'élaboration du programme PPS-MD (suite)



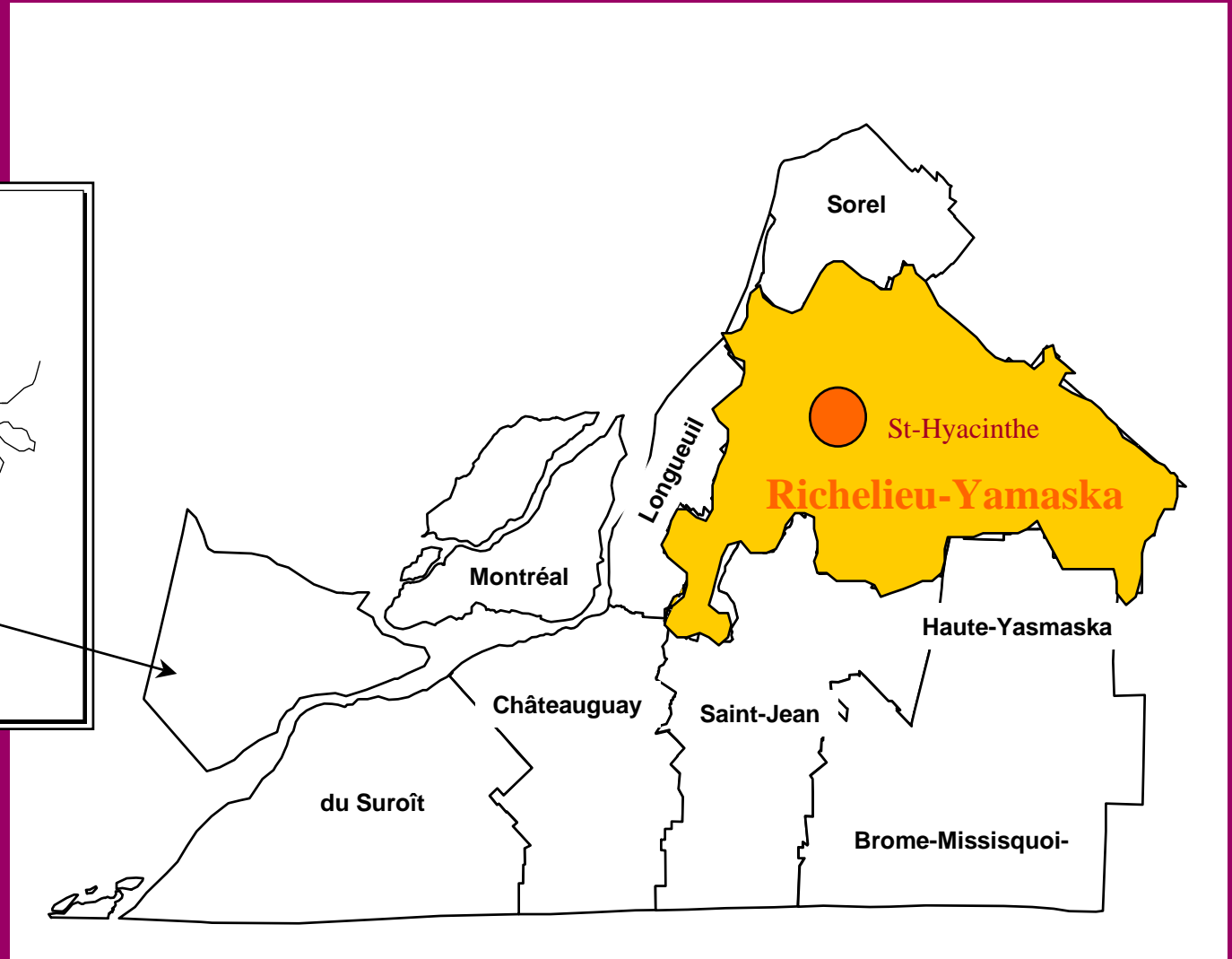
## 1- Comportementales (individuelles)

- Visite d'une conseillère médicale (*academic detailing*);
- Ateliers en *counselling* court (communication persuasive);
- Outils pour le diagnostic, la prise en charge et la référence;
- Rappel téléphonique pour augmenter l'utilisation du questionnaire de dépistage Q-PPS-MD

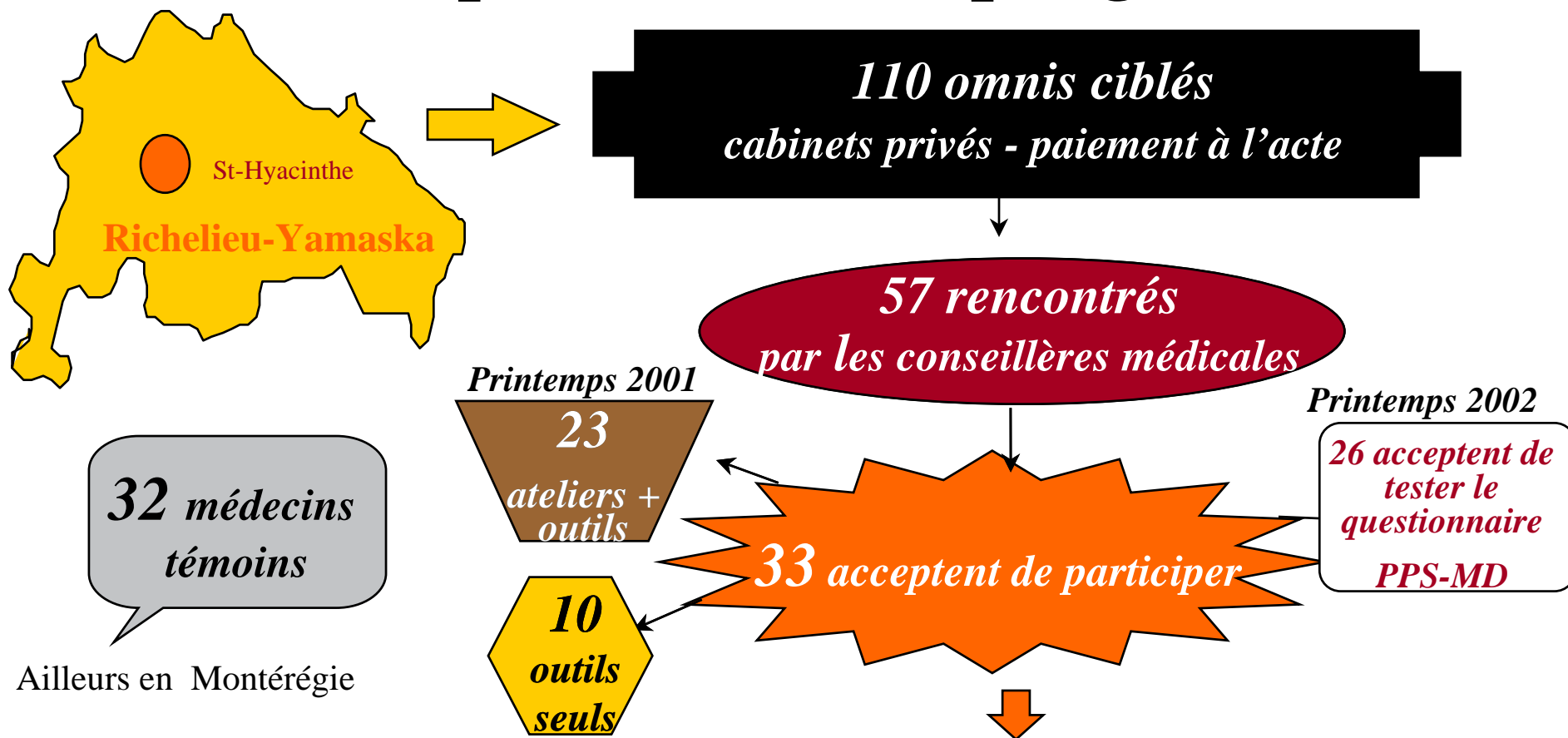
## 2- Environnementales (organisationnelles)

- Partenariat avec les associations médicales
- Consultation psychiatrique facilitée
- Accès à une ressource psychosociale pivot 24 heures / 7 jours

# *La région de Richelieu-Yamaska*

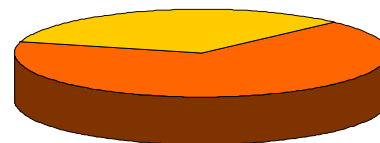
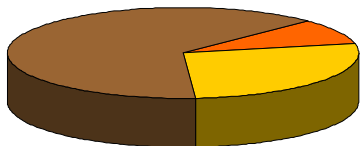


# 5- L'implantation du programme



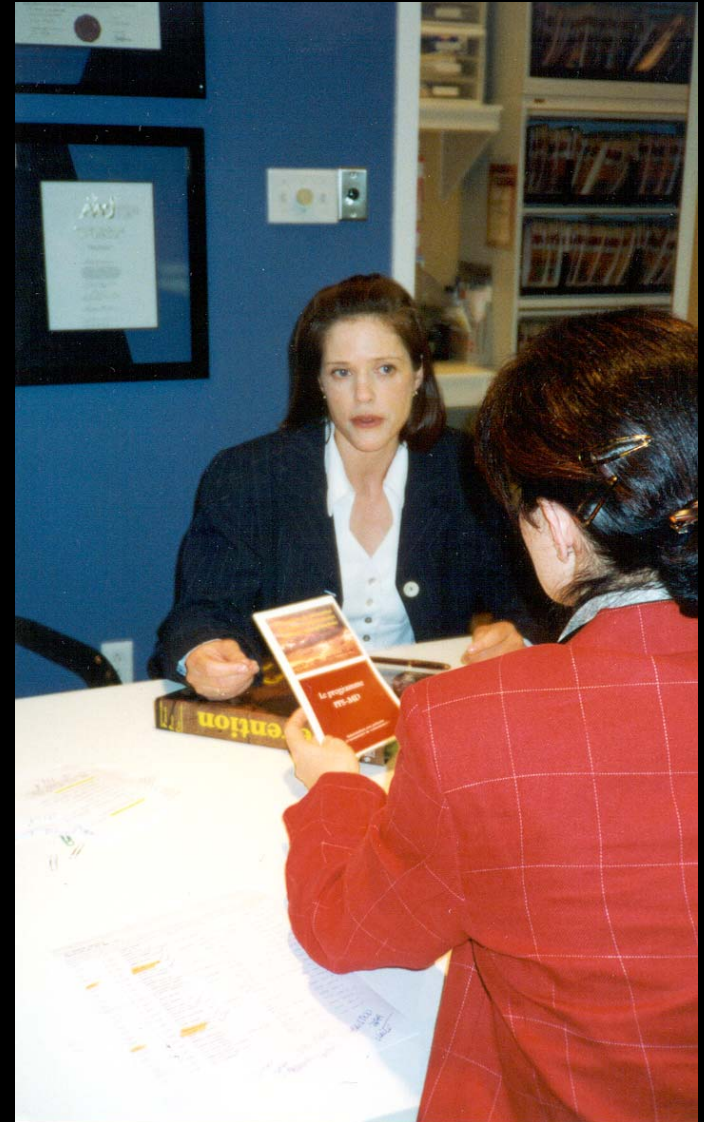
## Les médecins participants (expérimentaux, N=33)

- Solo ■
- 2-3 ■
- MD ■
- 3 MD ■



- Hommes
- Femmes

# *A. Visite de la conseillère médicale*



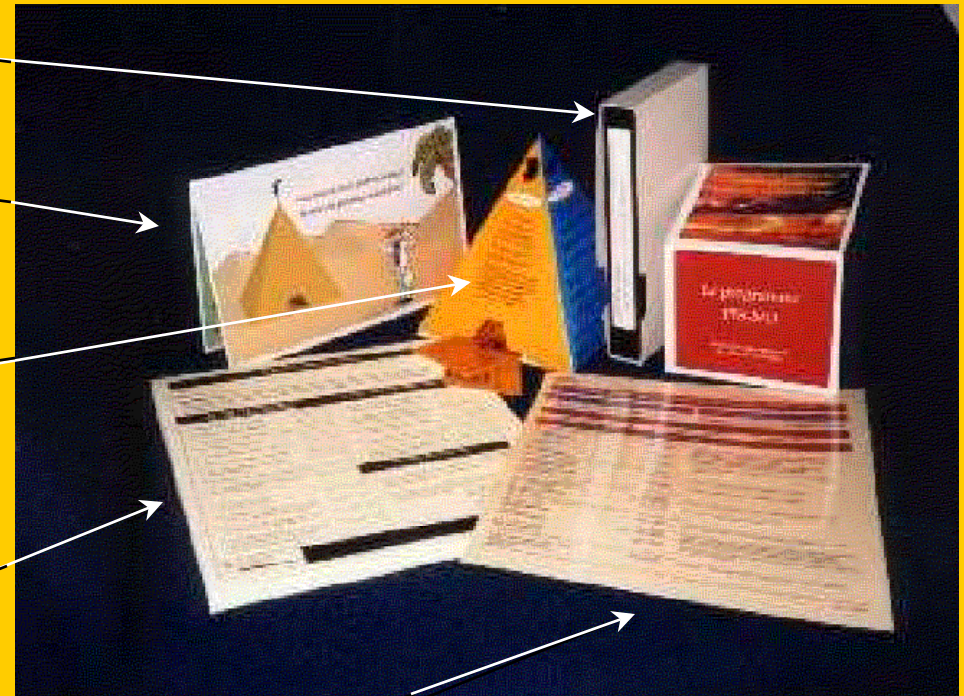
## *B. Ateliers de formation*



- Apprentissage en petits groupes, basé sur des cas cliniques
- Co-animation
- 3 heures avec repas, crédits de la FMOQ , allocation de 150 \$
- Vendredi PM ou soirée
- Discussions de groupe, jeux de rôle et simulations vidéo

## *C. Outils de bureau*

- Vidéo de l'atelier
- Pièce de présentation
- Pyramide aide-mémoire de diagnostic et de prise en charge, avec cartes du CPS
- Questionnaire de repérage des cas Q-PPS-MD
- Liste des ressources psychosociales locales



## *D. Rappel téléphonique (télémarketing)*



- Fournir aux médecins un *feedback* sur la prévalence et la détection de la détresse émotionnelle dans leur pratique
- Les inviter à utiliser le questionnaire PPS-MD
- Leur recommander d'être pro-actif dans le recours à l'intervenant psychosocial

# *6 - Analyse de l'implantation*

## *Facteurs facilitants*

**Reliés au  
*contexte***

- ◆ Médecins et partenaires se sentent concernés par la problématique et montrent de l'intérêt

**Reliés à  
*l'intervention***

- ◆ Utilisation de méthodes de marketing démontrées efficaces lors d'expériences précédentes
- ◆ Satisfaction des médecins quant aux visites, aux outils et aux ateliers

**Reliés à  
*l'évaluation***

- ◆ Bonne participation des médecins et des patients au processus d'évaluation

# *6- Analyse de l'implantation (suite)*

## *Barrières*

### **Reliées au *contexte***

- ◆ Pénurie et sur-sollicitation des médecins
- ◆ La boîte de Pandore
- ◆ Le programme n'a pas d'effet sur l'accessibilité aux ressources psychiatriques
- ◆ Fossé culturel entre les médecins et les ressources psychosociales

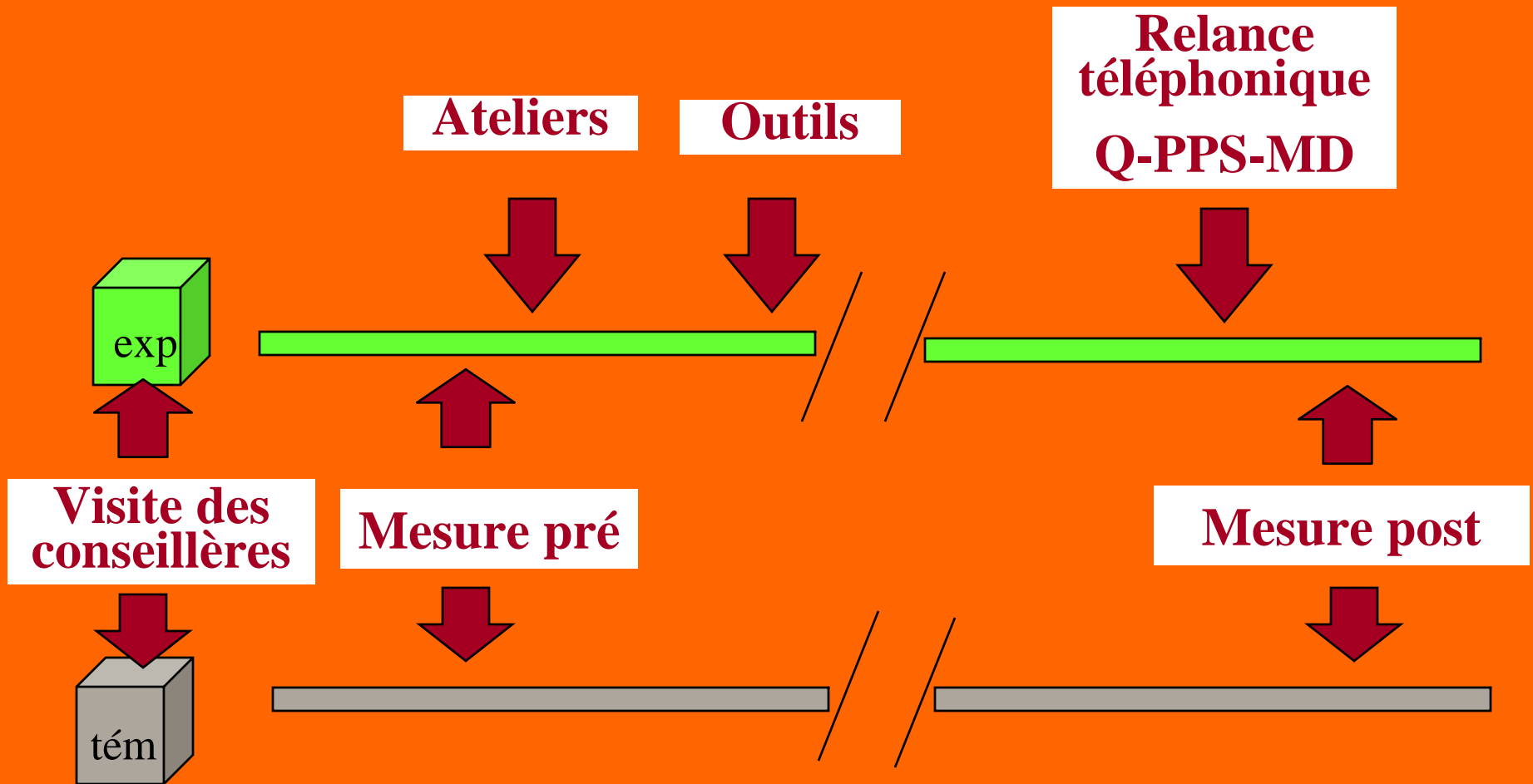
### **Reliées à *l'intervention***

- ◆ Intervention moins intensive que prévu et interrompue pendant un an
- ◆ Exposition partielle à l'intervention

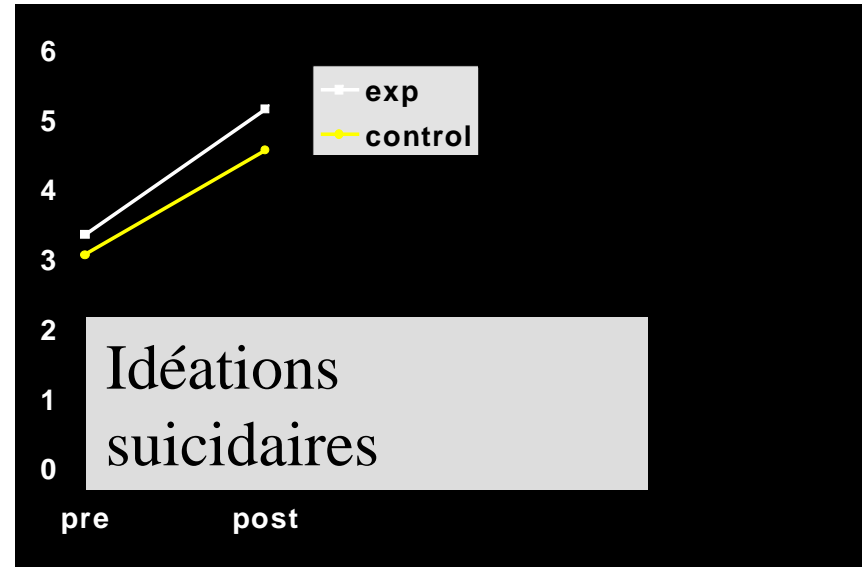
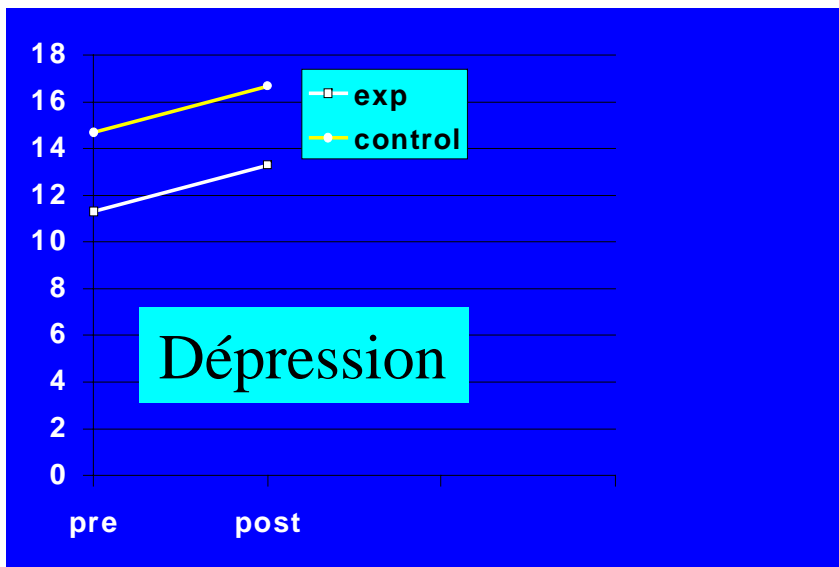
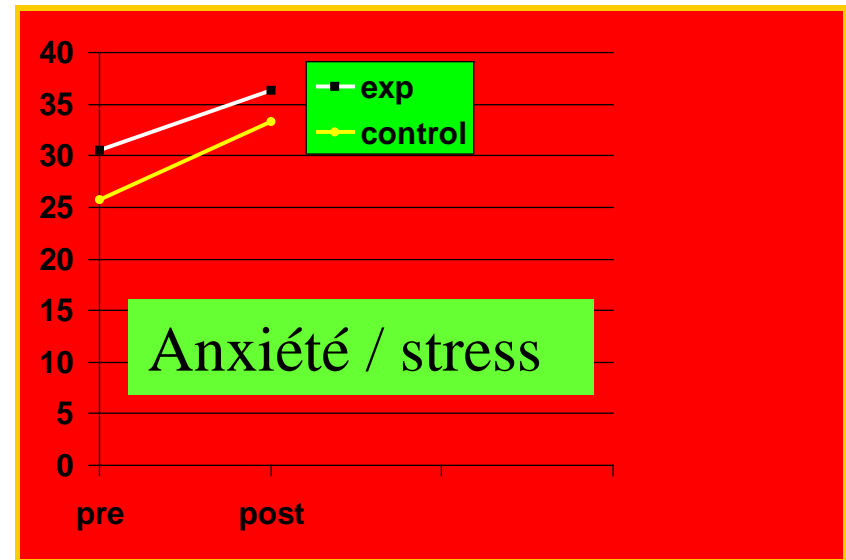
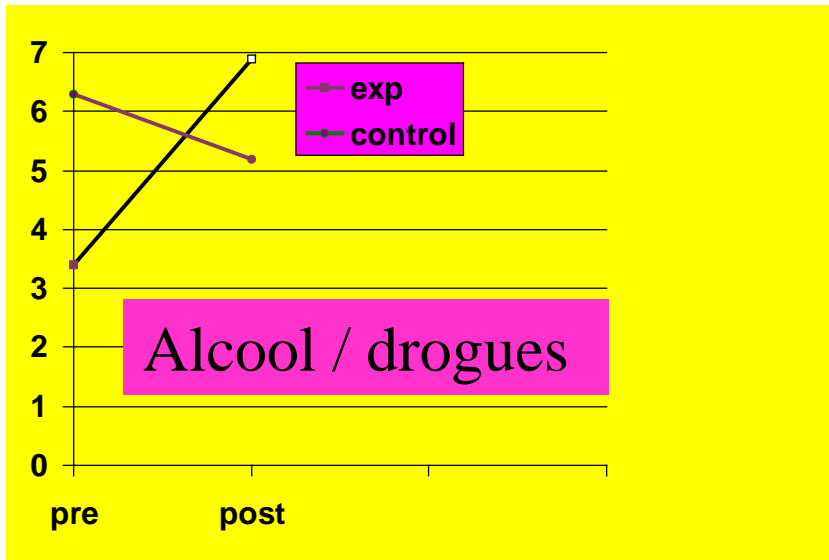
### **Reliées à *l'évaluation***

- ◆ Auto-sélection des participants
- ◆ Les témoins savent qu'ils sont observés
- ◆ L'échantillonnage est trop faible pour permettre l'analyse de sous-groupes

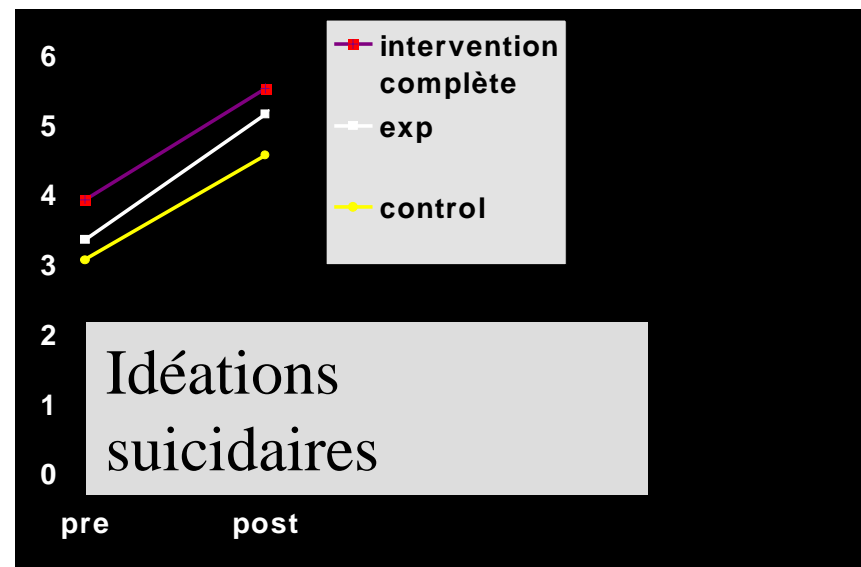
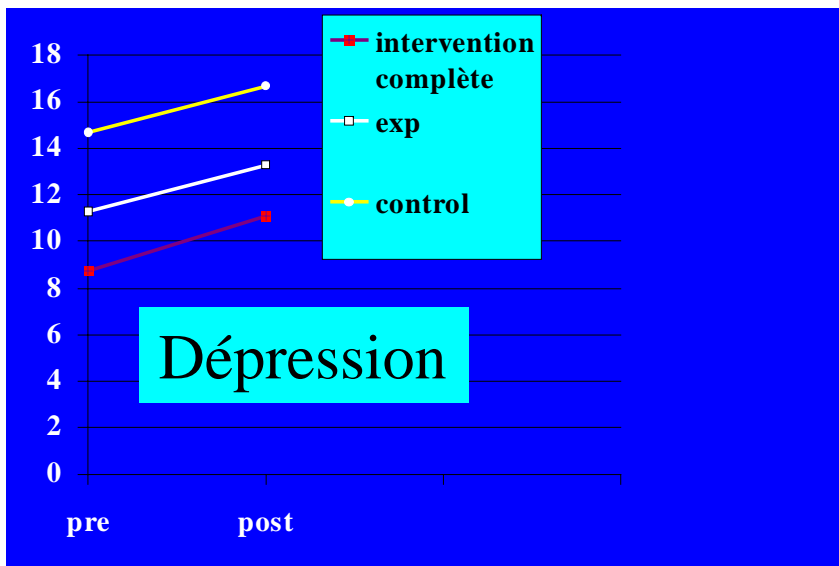
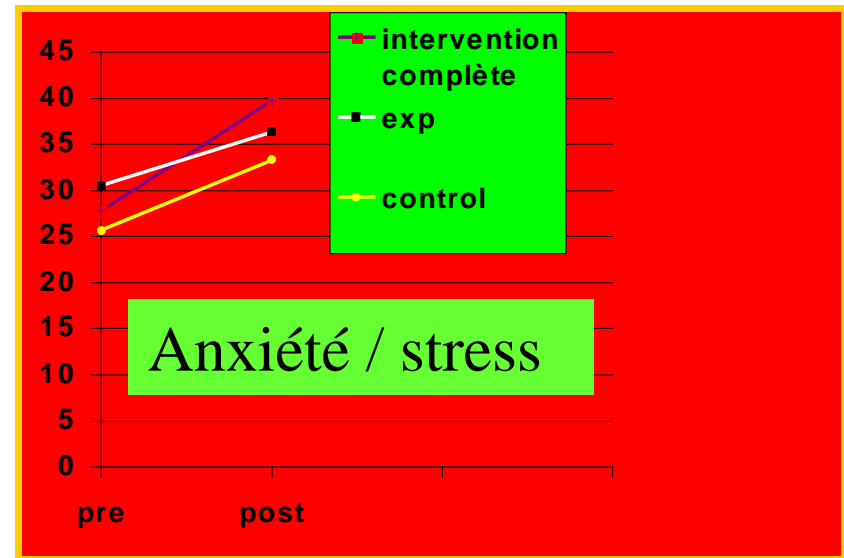
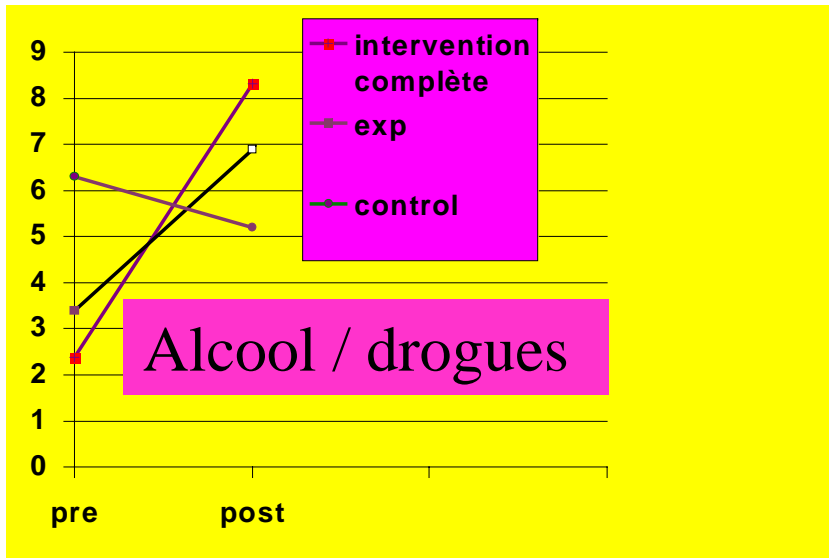
# 7- *Évaluation des effets: devis*



# 7- Évaluation des effets (suite) détection de la détresse psychologique



# 7- Évaluation des effets: sous groupe ayant reçu l'intervention complète



## *8- Un aperçu des coûts*

- Visites d'un conseiller médical (projet PPC) : 131 \$ / MD
- Production de vidéos pour ateliers: 11 133 \$
- Prestation d'un atelier incluant repas: 70 \$ / MD
- Outils de soutien pour les médecins: 123 \$ / MD
- Soutien à la ressource psychosociale: 20 000 \$
- Évaluation, par patient recruté et interrogé: 18 \$ / Pt

## *9- Conclusion*

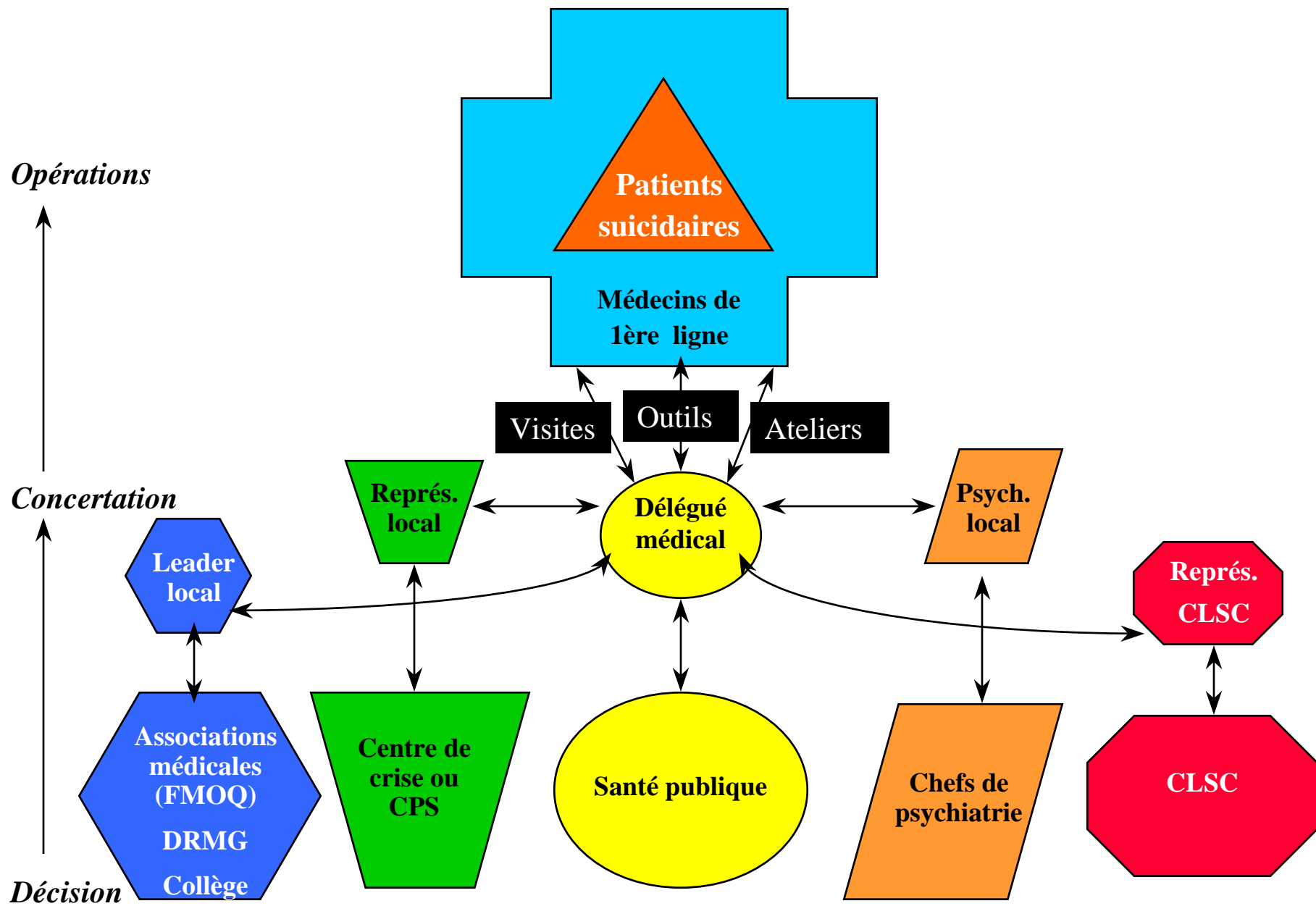


- 1- Des méthodes de marketing se sont révélées efficaces pour recruter les omnipraticiens au sein du programme
- 2- En raison de multiples barrières liées au contexte, à l'intervention et à l'évaluation, la participation au programme semble avoir été trop partielle et trop peu intensive pour générer des différences significatives entre les groupes expérimental et témoin dans le diagnostic et la prise en charge des troubles mentaux associés au suicide
- 3- Le programme n'est pas parvenu à améliorer la référence à une ressource psychosociale pivot.

# *Les suites ...*

## *que veut-on que les cliniciens des GMF fassent ?*

<b>Intervention</b>	* = abordé par le PPS-MD	<b>PNSP</b>	<b>GECSSP</b>
Traitement médical de la dépression (haut risque)*			A
Traitement médical des personnes suicidaires (haut risque)*			B
Formation des médecins concernant les facteurs de risque et le traitement des personnes suicidaires*		OUI	B
Évaluation du risque suicidaire (population générale)*			C
Référence des personnes suicidaires à des programmes scolaires ou communautaires (haut risque)*			C
Suivi psychiatrique ou psychosocial intensif après tentative			C
Dépistage systématique de la dépression (population générale)*			D
Sensibilisation des professionnels aux signes avant-coureurs des troubles anxieux ou dépressifs*		OUI	?



*Programme de prévention du suicide à l'intention des médecins de première ligne*