



Abrégés de recherche

Implantation, impact perçu et profils des médecins spécialistes répondants en psychiatrie quant à leur capacité d'améliorer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires et des centres jeunesse

Résumé

Selon la littérature, les dispensateurs de soins primaires pourraient traiter la grande majorité des troubles mentaux (TM). Ils sont aussi des référents aux autres services de santé, dont les soins psychiatriques, contribuant à mieux répondre aux besoins diversifiés des patients. Or, des études démontrent que la capacité des intervenants des soins primaires, particulièrement les omnipraticiens, à détecter et traiter les TM est limitée, surtout pour les TM complexes. Au Québec, les dernières réformes ont visé une meilleure intégration des services psychiatriques aux soins primaires, notamment via le modèle de consultation-liaison, qui cible l'amélioration de l'expertise en santé mentale des intervenants des soins primaires et en centres jeunesse via le soutien de « médecins spécialistes répondants en psychiatrie » (MSRP). Cette étude examine l'implantation et l'impact perçu de la fonction MSRP sur la consolidation de ces soins en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Trois profils distincts de MSRP ont été identifiés.

Problématique et objectifs

Les omnipraticiens sont les principaux prestataires des soins primaires, évaluant et traitant annuellement dans leurs cliniques de 20 % à un tiers des patients atteints de TM. Les soins primaires sont estimés plus accessibles, moins stigmatisants et moins coûteux que les services psychiatriques, et permettent à la fois le traitement de TM, de la dépendance et des maladies physiques chroniques souvent associées. Au Québec, le modèle de consultation-liaison a été déployé en 2009 par le biais de la fonction MSRP, et vise à consolider l'expertise en santé mentale des équipes des guichets d'accès (GASMA) et de première ligne en santé mentale dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), des équipes exerçant en santé mentale en centres jeunesse, et des omnipraticiens exerçant en groupes de médecine de famille (GMF). Des quotas d'heures/soins par population ont été alloués à la fonction MSRP dans les territoires. Or, son implantation et la perception de son efficacité varient selon des facteurs organisationnels, systémiques et individuels. Les MSRP ne forment pas un groupe homogène. À ce jour, aucune étude n'a évalué l'implantation et l'impact perçu des MSRP à consolider les soins primaires, et n'a élaboré une typologie de ces MSRP. Les **objectifs** de l'étude étaient donc d'identifier l'implantation de la fonction MSRP, incluant ses barrières et facilitateurs, d'évaluer l'impact que les MSRP perçoivent de leur fonction, et de cerner leurs profils en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.

AUTRICE PRINCIPALE

Marie-Josée Fleury, Ph. D.

flemar@douglas.mcgill.ca

<https://douglas.research.mcgill.ca/fr/marie-josée-fleury>

Méthodologie

L'étude d'implantation et d'évaluation d'impact s'est basée sur une approche mixte, quantitative et qualitative. Les MSRP actifs du Québec ont été ciblés pour répondre à un sondage par questionnaire autoadministré de 30 minutes (n=126; 59 % taux de réponse), et les chefs de département de psychiatrie ou leur représentant (nommés « gestionnaires »), à une entrevue semi-structurée d'une heure (n=48; 87 %). La collecte de données a été réalisée de juin 2019 à février 2020. Le sondage visait à cerner le profil professionnel et sociodémographique des MSRP, leurs activités et l'impact perçu de leur fonction, et les profils des patients discutés ou vus par

les MSRP. Les entrevues ont surtout identifié les barrières et facilitateurs de la fonction MSRP. L'étude s'est réalisée en partenariat étroit avec plusieurs MSRP, organisations ou associations clés en santé, qui ont soutenu la collecte de données et contribué à valider les instruments de mesure. Des analyses descriptives, de contenu et comparatives ont été produites, permettant de comparer les résultats perçus en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Les profils de MSRP ont été conçus à partir des données du sondage auprès des MSRP et sont basés sur des analyses typologiques tenant compte de l'impact perçu de la fonction MSRP.

Résultats clés

Les MSRP et gestionnaires étaient à 69 % et à 59 % des femmes ayant en moyenne 16 et 18 ans de pratique en psychiatrie. Les MSRP exerçaient cette fonction depuis 6 ans en moyenne. Les répondants œuvraient dans toutes les régions sociosanitaires; 75 % pratiquaient en psychiatrie adulte et 25 % en pédopsychiatrie. À 90 %, les « gestionnaires » avaient aussi été MSRP.

L'étude a identifié 214 MSRP actifs au Québec, ce qui établit qu'environ ¼ des psychiatres au Québec exerce cette fonction auprès d'équipes cliniques. La fonction aurait été déployée selon les quotas ministériels dans 50 % des territoires, 40 % en-deçà des cibles et 10 % les ayant dépassées. Les psychiatres consacraient en moyenne une journée/semaine à cette fonction (24 heures/mois), desservant souvent des équipes en CLSC ou des omnipraticiens en GMF. Dans les GASMA, ils ont rejoint en moyenne 6 intervenants où ils ont soutenu l'évaluation et les orientations des patients. Dans les équipes de santé mentale en CLSC et en centres jeunesse, ils ont soutenu en moyenne 12 et 4 intervenants, et ont surtout effectué des recommandations de traitements psychosociaux. Six cas étaient fréquemment présentés lors des sessions de discussion. Dans les GMF, les MSRP ont rejoint en moyenne 22 omnipraticiens et ont surtout fait des recommandations reliées à la médication. Plus de 50 % des MSRP ont indiqué voir directement des patients, 6 heures/mois en moyenne. Considérant que le modèle de consultation-liaison ne permet qu'exceptionnellement cette pratique, ce résultat est important. Inscrit dans la fonction MSRP, le soutien téléphonique des équipes cliniques durant les heures de bureau hors consultations a été grandement sous-déployé. Les patients discutés ou vus par les MSRP avaient plus de TM complexes (ex. : troubles de la

personnalité, dépendances). La fonction MSRP a été perçue comme ayant consolidé modérément les soins primaires. Les résultats ont été moins satisfaisants en centres jeunesse et en GMF, et plus bénéfiques aux GASMA et dans les équipes de santé mentale en CLSC, ainsi qu'en pédopsychiatrie plutôt qu'en psychiatrie adulte.

Les principales barrières de la fonction MSRP ont été organisationnelles et systémiques. Plus de facilitateurs individuels ont été soulignés. Les principales barrières organisationnelles ont été : l'instabilité des équipes (ou la rotation élevée du personnel); le soutien insuffisant des organisations à leur fonction – dont en centres jeunesse; le manque de coordination entre les équipes; la difficulté à gérer les patients orphelins. Les barrières systémiques étaient : la taille et la complexité des réseaux; le manque de ressources psychiatriques; la rigidité du modèle MSRP; l'absence d'incitatifs monétaires offerts aux omnipraticiens; l'insuffisance de dossiers patient partagés. Les barrières individuelles concernaient la réticence des omnipraticiens à traiter les patients avec TM complexes, et celle des MSRP à évaluer des patients non vus en consultation. Les facilitateurs organisationnels incluaient : le soutien des directeurs médicaux et des intervenants en GMF; le fait d'œuvrer en GMF universitaires; la présence d'infirmières de liaison assurant la coordination entre les MSRP et les équipes; la préparation des équipes et MSRP aux discussions de cas. Les facilitateurs systémiques étaient : la connaissance préalable des MSRP et intervenants des équipes; le travail sur de mêmes sites ou de proximité. Au plan individuel, la personnalité et l'expertise du MSRP sont les principaux facilitateurs : accessibilité, approche empathique, ouverture à différentes pratiques, connaissance des ressources du réseau, capacité à

collaborer et à gérer des crises. Le soutien du chef de département et la présence de cliniciens séniors dans les équipes ont aussi été rapportés comme des facilitateurs clés.

Trois profils de MSRP ont été identifiés, dont deux évaluant leur impact sur la consolidation des soins primaires en santé mentale comme plus élevée. Le Profil 1 (39 % de l'échantillon) était constitué de MSRP exerçant en psychiatrie adulte dont l'impact perçu de leur fonction était estimé élevé. Il incluait des MSRP séniors (16 ans+ d'expérience) pratiquant en régions universitaires ou intermédiaires. Les MSRP y voyaient plus de patients directement, avec des TM plus complexes. Ces MSRP étaient à l'aise, motivés et satisfaits de leur fonction. Le Profil 2 (37 %) était formé de MSRP exerçant en pédopsychiatre, évaluant aussi avoir eu un impact élevé sur la consolidation des soins primaires. Ce profil intégrait des MSRP séniors ou de niveau intermédiaire (6 à 15 ans) pratiquant dans toutes les régions sociosanitaires. Les MSRP y voyaient peu de patients directement et étaient satisfaits, à l'aise et motivés dans leur fonction. Le Profil 3 (25 %) était composé de MSRP en psychiatrie adulte, contrastant aux caractéristiques du Profil 1, dont l'impact perçu de la fonction était estimé faible. Ce profil intégrait des MSRP juniors (0 à 5 ans) ou de niveau intermédiaire pratiquant en régions périphériques ou isolées. Les MSRP y voyaient peu de patients en consultation directe et rapportaient être peu à l'aise, motivés et satisfaits face à leur fonction.

Conclusions et recommandations

L'étude démontre que la fonction MSRP a été développée selon les quotas ministériels dans la majorité des territoires, mais que plusieurs MSRP ont souvent vu directement des patients, dérogeant ainsi au modèle de consultation-liaison. Une majorité de MSRP s'estiment motivés et à l'aise dans cette fonction. Globalement, l'impact des MSRP sur la consolidation des soins primaires de santé mentale est perçu comme modéré. L'impact a été plus élevé en CLSC et en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte. La fonction MSRP a été moins déployée dans les centres jeunesse et les GMF. Les résultats de l'étude appuient le déploiement de stratégies plus proactives et interministérielles, particulièrement pour mieux soutenir les omnipraticiens en GMF. Le modèle de soins chroniques intégrant des dispositifs de soutien à la prise de décision clinique (ex. : brefs protocoles cliniques, instruments de suivi des traitements) pourrait notamment être mieux étendu afin d'orienter le traitement des patients avec des TM.

Des incitatifs et conditions de travail favorisant la rétention du personnel et le travail en équipe pourraient aussi être plus soutenus, car la stabilité des équipes cliniques et des expertises demeure un enjeu clé. L'accès à un médecin de famille et l'intégration des soins primaires et psychiatriques sont aussi des obstacles importants à la fonction MSRP et à l'optimisation des soins. Des infirmières de liaison ou autres intervenants travaillant auprès des MSRP et de leurs partenaires pourraient contribuer à améliorer la coordination entre les soins primaires et les services psychiatriques. Le modèle MSRP mériterait aussi d'être plus flexible et mieux soutenu par les organisations par un meilleur accès aux dossiers patient partagés et aux systèmes d'aide à la prise de décision. Il comporte aussi des enjeux importants dans les grands territoires où des rencontres virtuelles et d'autres modes d'organisation flexibles pourraient être envisagés. Un guide provincial des meilleures pratiques à l'intention des MSRP, et particulièrement des MSRP moins expérimentés, pourrait aussi être réalisé pour soutenir leurs pratiques. Globalement, des défis importants demeurent dans l'optimisation de la fonction MSRP et des soins de santé mentale.

Références

Fleury MJ, Grenier G, Gentil L, Roberge P. Deployment of the consultation-liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):82. doi:10.1186/s12875-021-01437-5.

Fleury MJ, Grenier G, Gentil L. Profiles of Quebec Specialist Respondent-Psychiatrists (SRP) Based on their Perceptions Related to the Capacity of the SRP Function to Improve Treatment of Mental Health Disorders in Primary Care and Youth Centers. *Ment Health Fam Med* 17:1054-1062.

www.santepop.qc.ca

www.qualaxia.org