

Rôles des médecins de famille dans le traitement des troubles psychotiques

Emmanuel Stip

Volume 34, Number 1, Spring 2009

Santé mentale en première ligne

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/029765ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/029765ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Stip, E. (2009). Rôles des médecins de famille dans le traitement des troubles psychotiques. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 173–178.
<https://doi.org/10.7202/029765ar>



Rôles des médecins de famille dans le traitement des troubles psychotiques

Emmanuel Stip*

Pour organiser d'une façon optimale «les soins primaires et les services de santé mentale» dans le contexte des réformes en cours et de l'engagement réclamé par des omnipraticiens, que peut-on conclure de nos études? Comme nous avons effectué plusieurs sondages, les uns orientés vers la perception de la schizophrénie et du trouble bipolaire dans la population générale (Stip, 2006; Stip, 2001) et les autres orientés vers les omnipraticiens (Stip, 2007; Stip, 2006) nous avons été invités, dans le cadre de ce numéro de *Santé mentale au Québec*, à répondre à cette question. Pour y répondre, nous avons réexaminé les données de notre sondage auprès des omnipraticiens que nous avons resituées dans un contexte international semblable. Nous avons aussi considéré le contexte actuel de la médecine de famille afin de refléter la réalité de l'entreprise de partenariat ou de soins partagés.

Contexte de la médecine de famille

Au Québec

Les données les plus récentes démontrent une baisse de la popularité de la médecine familiale au Québec. Ainsi de 2000 à 2007, 1923 médecins spécialistes ont entrepris leur pratique comparativement à seulement 1309 omnipraticiens. Cet écart non négligeable de 614 médecins va à l'encontre des besoins de la province, soit 295 nouveaux médecins de famille par année, pour maintenir son offre de services. De plus, le PREM (Programme de répartition des effectifs médicaux) 2009 en prévoit seulement 220, soit un déficit de 75. Ce hiatus sera durement ressenti dans une province où déjà 25 % des citoyens sont dépourvus de médecins de famille et où plusieurs régions se disputent âprement ces derniers. Par ailleurs, le nombre d'omnipraticiens offrant des services en 2^e ligne au Québec ne cesse d'augmenter. Cette population est passée à 33.5 % en 2003-2004 et à 39 % en 2006-2007. C'est un contraste avec

* M.D., M. Sc., CSPQ, Membre accrédité, Département de pharmacologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Professeur agrégé de clinique, Centre de recherche Hôpital Sacré-Cœur de Montréal et Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-Hyppolyte Lafontaine.

l'Ontario où seulement 9 % des omnipraticiens œuvrent comme spécialistes en établissement. Toujours au Québec, en 2006-2007, 21 % des omnipraticiens affirmaient qu'ils exerçaient exclusivement en 2^e ligne. Chez ceux comptant moins de 10 ans d'expérience, cette proportion grimpe à 36 %. Ceci constitue le contexte dans lequel se placent bien entendu les omnipraticiens qui auront à demeurer médecin de famille tout en devant consacrer du temps à la santé mentale conformément à l'organisation du plan gouvernemental.

Au Canada

L'Association médicale canadienne (AMC) a récemment adopté des résolutions pour appuyer une politique de leadership ciblée en collaboration avec les professionnels de la santé mentale, et l'Association des psychiatres du Canada. Elles visent à aborder le problème de la réprobation sociale, et à combler l'écart dans l'affectation des ressources pour assurer la continuité des soins. En effet, 99 % des membres de l'AMC ont adopté une résolution exhortant les médecins et leur organisation à collaborer à la transformation des soins prodigués aux personnes atteintes de maladie mentale. Cette démarche fait suite à un sondage canadien réalisé auprès de 20 000 médecins, résidents, étudiants en médecine, au printemps 2007 (CMAJ, 2008, 179, 610). Seulement 15 % des omnipraticiens ont déclaré que l'accès à un psychiatre était «très bon, excellent» et dans le cas des services de santé mentale et de conseils en toxicomanie, seulement 10 % et 8 % respectivement ont jugé l'accès «excellent ou très bon». Les résultats du sondage montrent comment les échanges entre médecins jouent un rôle central dans leur travail quotidien, et l'importance rattachée à la collaboration entre médecin et d'autres prestataires de soins de santé. En comparaison avec les autres spécialités, chez les omnipraticiens, 71 % déclarent collaborer régulièrement avec leurs collègues chirurgiens et 55 à 68 % disent avoir des contacts réguliers avec des spécialistes en médecine interne, des obstétriciens-gynécologues, des psychiatres et des pédiatres. Plus de 10 % des omnipraticiens affirment avoir des ententes officielles avec d'autres spécialistes. Dans le cas des autres spécialistes, 75 % affirment collaborer régulièrement avec un omnipraticien et 9 % disent avoir une entente officielle avec ces collègues.

Lorsqu'on examine le jugement fait par les omnipraticiens d'un faible ou d'un médiocre accès aux services des spécialités, on constate que chez les psychiatres cela dépasse 60 % alors que c'est 2 % chez les orthopédistes, 30 % chez les ophtalmologistes et 19 % pour les soins cardiaques. Il semble que la définition de ce qui constitue un modèle de

soins partagés ou de collaboration en santé mentale varie considérablement selon les points de vue. Il peut s'agir de psychiatres qui donnent des conseils par téléphone ou en ligne à des omnipraticiens, qui participent régulièrement à des cliniques avec des équipes de soins primaires ou qui reçoivent des patients de concert avec l'omnipraticien. Les modèles de soins en collaboration peuvent aussi mettre à contribution comme membre de l'équipe de soins, des infirmières en psychiatrie, des travailleurs sociaux ou des psychologues.

Si l'omnipraticien a un bon accès au psychiatre et communique bien avec lui, si le patient peut être accueilli rapidement et que le médecin de famille peut appeler le psychiatre au besoin pour le consulter, cela aide à implanter des soins partagés. Les modèles de soins partagés vont toutefois plus loin que cette bonne relation de travail lorsque le psychiatre se rend dans le contexte de prestations de soins primaires.

Sur le plan de la toxicomanie, le sondage de l'AMC de 2007 révèle que 5 % des omnipraticiens déclarent que les patients toxicomanes constituent plus de 10 % de leur pratique. C'est peu. Deux tiers des omnipraticiens affirment fournir des soins aux patients qui ont une toxicomanie et 26,6 % des omnipraticiens déclarent traiter personnellement l'abus de substance. De plus, 21,1 % jugent l'accès au service conseil en toxicomanie, médiocre et 24,9 % le jugent moyen. Ces chiffres correspondent à l'accès aux services de santé mentale et de soutien psychosocial.

À l'international

Les récents sondages effectués auprès des omnipraticiens auxquels a participé notre équipe, ont révélé que les modèles d'enseignement actuels ne focalisent pas assez sur les éléments insidieux du début de la schizophrénie. De plus, les résultats poussent à réclamer des services externes spécialisés, à seuil d'accès bas pour l'évaluation et les soins des jeunes au tout début du processus psychotique. L'étude internationale (Simon et al., 2009) est un sondage qui utilisa le même questionnaire que le nôtre (Stip, 2007) et un autre provenant de Suisse (Simon, 2005), a été effectuée entre 2003 et 2005 au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Angleterre, en Norvège, en Autriche et en République Tchèque, incluant 11 sites. Le questionnaire évaluait les connaissances des omnipraticiens sur la maladie et son traitement, leurs attitudes et les besoins à l'égard du début de la schizophrénie. Deux mille huit cents soixante-quatorze (2784) omnipraticiens ont constitué l'échantillon reflétant un taux de réponse de 22.2 %. Globalement, la prévalence de patients avec un début de schizophrénie en pratique générale est faible.

La connaissance du diagnostic est moins faible. Une meilleure attention portée sur le déclin fonctionnel était associée à une meilleure connaissance diagnostique. Les recommandations pour la durée du traitement requis et l'estimation du taux de rechute après un premier épisode sont en deçà de ce qui est documenté dans le guide de pratique canadien (CPA, 2006). Les omnipraticiens favorisent les services cliniques externes spécialisés par rapport à l'éducation médicale continue. Nous décrivons les différences dans les tableaux suivants. Nous avons distingué les sites selon un système dit *gatekeeping* (GK) et *non-gatekeeping* (nGK), en tenant compte du système le plus commun à chaque site : dans les sites GK, les patients doivent voir un omnipraticien avant d'être référé au spécialiste, tandis que dans un système nGK, les patients peuvent consulter directement un spécialiste sans référence de l'omnipraticien.

Tableau 1
Pourcentage d'omnipraticiens qui identifient les 5 critères primordiaux pour établir un diagnostic de schizophrénie débutante

	total	Gatekeepers	Non-Gatekeepers	Tous sites	
				min.	max.
Retrait social	78 %	82 %	76 %	54 %	88 %
Déclin du fonctionnement social	63 %	74 %	57 %	51 %	83 %
Histoire familiale	73 %	65 %	79 %	62 %	84 %
Information par autrui significative	74 %	83 %	68 %	62 %	85 %
Observation sur plusieurs mois	19 %	16 %	20 %	14 %	32 %

Trois cent douze (312 ; 11,2 %) omnipraticiens rapportaient ne pas avoir de problème à traiter les patients avec une schizophrénie établie ; 1691 (60,7 %) jugent les comportements problématiques mais continuent de les soigner, et 661 (23,7 %) préfèrent référer au spécialiste en raison des problèmes de comportement. La majorité des omnipraticiens indiquent qu'ils traitent habituellement les deux types de patients, schizophrénie établie (69,3 %) et débutante (61,3 %) en collaboration avec le spécialiste pour une évaluation initiale, une ré-évaluation, un conseil ou pour débiter une médication adéquate. Un peu plus de GKs que de non-GKs préfèrent effectuer le transfert au spécialiste pour la prise en charge des patients avec une schizophrénie débutante au lieu de

Tableau 2
Connaissance du diagnostic selon les endroits : le déclin fonctionnel est un des meilleurs critères diagnostiques

Site	(moyenne (±SD))		Déclin fonctionnel ³ (%)
	c-Score ¹	t-Score ²	
Birmingham	6,3 (2,1)	9,2 (2,6)	70,1
Stavanger	6,1 (2,0)	8,4 (2,6)	68,1
Vienna	5,1 (2,4)	8,4 (2,8)	51,3
Prague	5,5 (2,3)	8,1 (2,9)	51,2
Melbourne	6,8 (2,0)	9,9 (2,7)	78,5
Christchurch	7,0 (2,0)	9,7 (2,7)	82,5
Montreal	6,3 (2,2)	9,3 (2,7)	52,6
Ottawa	7,4 (2,1)	10,4 (2,7)	78,1
Toronto	6,7 (2,3)	9,8 (2,9)	71,1

1 p < 0,001

2 p < 0,001

3 p < 0,001

conduire un traitement à leur bureau (36,7 % v. 32,8 % ; $\chi^2 = 11,86$, $df = 2$, $p = 0,003$). Aussi, plus les omnipraticiens considèrent les comportements du patient problématiques, plus ils réfèrent et ne réclament pas de collaboration (schizophrénie débutante : $\chi^2 = 334,067$, $df = 4$, $p < 0,001$; schizophrénie établie : $\chi^2 = 479,596$, $df = 4$, $p < 0,001$). Ces résultats permettent des comparaisons avec le Québec en tenant compte de ceux qui ont été publiés en 2008 (Stip, 2008). Selon les sondages que nous avons effectués auprès des omnipraticiens, 25,3 % ont répondu qu'ils préféreraient ne pas s'occuper des patients à cause des problèmes de comportement. Toutefois, malgré des problèmes de comportement, 65,2 % des omnipraticiens souhaiteraient continuer de suivre ces patients dans leur pratique. La satisfaction de la collaboration avec les spécialistes peut être nuancée ; il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. Par contre, on constate une différence au niveau de l'âge, les gens de 26 à 39 ans estiment avoir une meilleure collaboration que ceux qui sont au-delà de 40 ans (3.44 versus 3.19 sur une échelle de 1 à 5), les omnipraticiens sont plus satisfaits dans les régions rurales (3.51) en comparaison aux milieux urbains (3.15).

Conséquences

Pour organiser optimalement les soins primaires et les services de santé mentale avec la première ligne, largement occupée par les omnipraticiens, il faut en fait « lire entre les lignes ». En effet, on découvre « entre ces lignes », la stigmatisation et la nécessité de renforcer l'éducation médicale continue sur les psychoses. Par exemple, la reconnaissance du

déclin fonctionnel est un indice fiable d'une bonne connaissance des premiers épisodes. Il est par contre encourageant de constater que les GK sont plus sensibles aux signes pathognomoniques du trouble pour pouvoir référer un patient sans délai, d'autant plus que l'on connaît l'importance de la DUP (Durée de la psychose non traitée) sur le pronostic. L'éducation devrait porter sur la connaissance diagnostique et les habiletés à détecter la psychose débutante plutôt que sur les recommandations de traitement. Il faudra tenir compte du peu de temps clinique disponible des omnipraticiens, et aussi modifier la rémunération des actes liés à l'allongement du temps requis pour cette clientèle. Il faudra aussi travailler sur les liens entre le consultant spécialiste et l'omnipraticien car cette collaboration demeure encore largement inadéquate.

Références

- LARSEN, T. K., AMMINGER, P., WENIGOVÁ, B., HOLUB, D., TURNER, MULDER, R. T., BERGER, G. E. UMBRIGHT, D., sous presse, The international study on general practitioners and early psychosis (IGPS), *Schizophrenia Research*.
- SIMON, A. E., LAUBER, C., LUDEWIG, K., BRAUN-SCHARM, H., UMBRIGHT, D. S., 2005, General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. Swiss Early Psychosis Project, *British Journal of Psychiatry*, 187, 274-81.
- STIP, E., CARON, J., MANCINI-MARÏE, A., 2006, General population perception and attitudes towards schizophrenia bipolar, *Primary Care of Community Psychiatry*, 11, 4, 154-165
- STIP, E., CARON, J., LANE, C. J., 2001, Schizophrenia: people's perceptions in Quebec, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, 9, 1299-1300.
- STIP, E., BOYER, R., SEPEHRY, A.A., RODRIGUEZ, J. P., UMBRIGHT, D., SIMON, A. E., 2007, Sur la première ligne: Sondage pour un partage. Les omnipraticiens et la schizophrénie, *Santé mentale au Québec*, 32, 1, 281-297.