

Notes de l'observatoire – juillet 2008 – DOCUMENT DE TRAVAIL

Dix-neuf pour cent (19%) des 112 629 usagers de services médicaux de première ligne¹ en 2005-2006, pour le territoire de Lucille-Teasdale, avaient des **problèmes de santé mentale**.

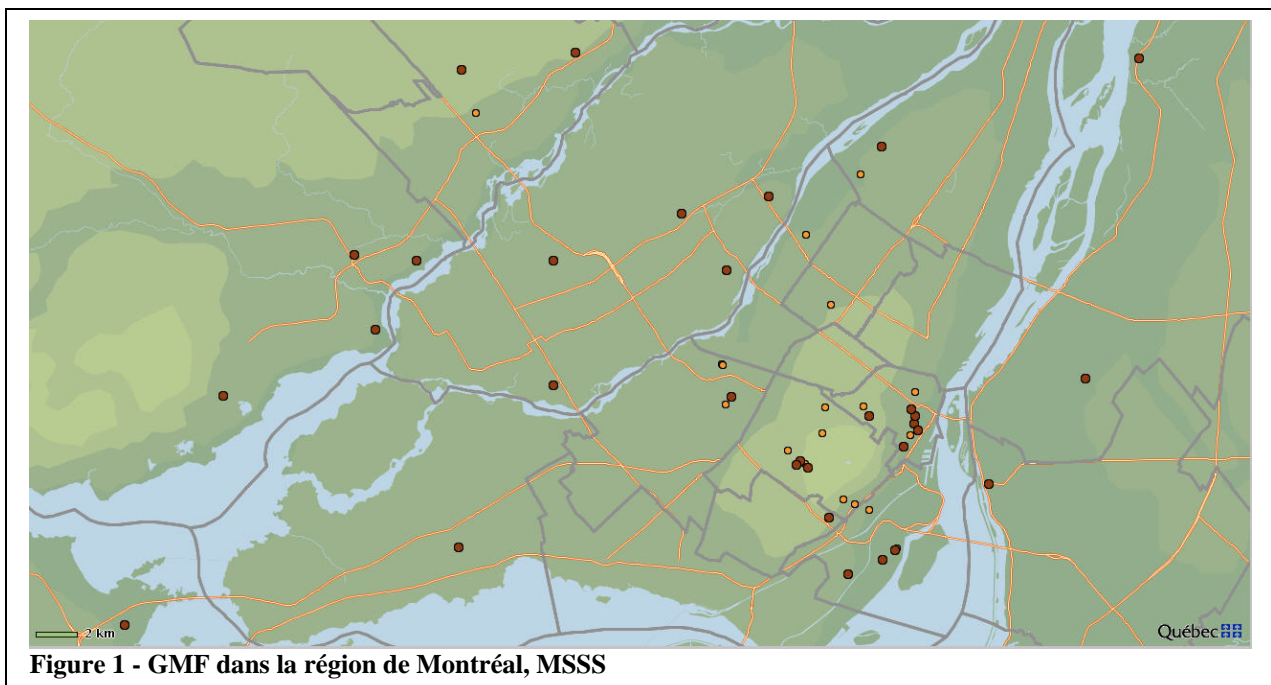
C'est le plus haut taux à Montréal.

Si on regarde les usagers ayant eu au moins 3 consultations auprès d'un omnipraticien (58 259 usagers), ce sont 26% d'entre eux qui avaient de tels problèmes.

Seulement 46% de ces usagers (3 consultations ou plus) avaient eu leurs consultations principalement (à 75%) avec le même médecin. C'est le second plus bas **taux de continuité** à Montréal.

Les usagers ayant des problèmes de santé mentale sont de deux à 3 fois plus susceptibles d'avoir fait une visite à l'urgence que ceux n'ayant pas de tels problèmes (.98 VS .36 visites pour tous les usagers, 1.0 VS 0.47 visites pour les usagers ayant fait 3 consultations ou plus auprès d'un omnipraticien). Parmi ces usagers avec problèmes de santé mentale, ceux qui ont consulté le même médecin ont moins utilisé les urgences que ceux ayant une faible continuité (0.91 VS 1.3 visites). Voir premier tableau annexe.

La mise en place de groupes de médecine familiale (GMF) sur le territoire du CSSS Lucille-Teasdale pourrait contribuer à augmenter la continuité de services médicaux tout en assurant une meilleure offre de services, grâce à la présence d'équipes multidisciplinaires incluant des psychothérapeutes. Alors pourquoi n'y a-t-il aucun GMF sur le territoire ?



¹ Ayant eu au moins une visite chez un omnipraticien durant l'année, suivant le CMIS : http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/fr/statistiques/utilisation_services/details_clienteleOmni.html

Opération « grande séduction » ?

Il est compréhensible que la mise en place des GMF ait été plus facile dans les territoires où les usagers ont une plus grande habitude de continuité relationnelle avec leur médecin. L'adhésion volontaire de la clientèle étant un principe de base. L'obligation de disponibilité 24/7 de la part des GMF pour les clientèles vulnérables favorise sans doute aussi la mise en place de ces ressources dans les régions limitrophes des lieux de résidence des médecins.

Si notre territoire n'est pas favorisé à ces deux points de vue, faut-il simplement attendre que la formule devienne la norme et que les médecins soient finalement obligés d'offrir localement les mêmes services ?

Ne peut-on imaginer prendre le problème par « l'autre bout », c'est-à-dire en mobilisant la clientèle désireuse d'obtenir de tels services, prête à s'impliquer dans une relation continue ? Cette action de mobilisation, bien menée, étant en elle-même porteuse de santé, d'empowerment...

La qualité des réseaux communautaires de nos territoires nous permet de faire l'hypothèse d'une telle mobilisation. L'état limité d'avancement de l'implantation des GMF sur les autres territoires de CSSS (autour de 1000 usagers dans la plupart) nous fait même penser que nous pourrions rapidement « rejoindre le peloton » grâce à une alliance avec les réseaux communautaires actifs susceptibles de représenter, rejoindre des clientèles intéressées par la mise en place de GMF.

En optant pour une telle **approche citoyenne** dans le cadre d'une « opération séduction » auprès des médecins du territoire – ou de jeunes médecins ouverts à l'expérimentation – notre CSSS serait non seulement en phase avec la tradition communautaire locale mais aussi avec une tradition locale non moins importante d'innovation sociale.

Cette approche nous permettrait d'adapter, d'entrée de jeu, certains GMF à des problématiques particulières grâce à la liaison avec les réseaux communautaires : familles immigrantes avec nouveaux nés, jeunes célibataires, aînés proactifs, chômeurs progressistes, promotion de la santé mentale... Nous voyons dans cette adaptation à certaines problématiques l'origine du succès remporté par certains des premiers GMF de la région : clinique l'Actuel, dans Jeanne-Mance.

Dans son document [Orientations pour le développement des GMF et des cliniques réseau intégrés](#), l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal décrit dans le détail les rôles et

S'il n'est pas facile de recruter des adhérents pour un GMF qui existe, comment le faire lorsqu'il n'existe qu'à l'état de projet ?

- En informant, sollicitant les nombreux usagers qui viennent aux CLSC sans pouvoir y obtenir de services médicaux
- Par la promotion dans les journaux locaux, inscrivant ce geste dans une démarche visant à attirer des médecins, donnant par là un sens constructif, collectif à ce geste
- Par la mise en place d'un atelier – séminaire itinérant, diffusé dans les groupes et paroisses expliquant les enjeux et la situation

La démarche devrait s'informer, recueillir l'avis d'un certain nombre de médecins du territoire et de jeunes finissants des écoles de médecine afin de bien cerner les conditions qui faciliteront l'engagement de ces précieuses ressources sur le territoire.

Il faudra prendre garde à l'antagonisation potentielle entre les clients éventuels (représentés par des citoyens engagés dans la démarche) et les médecins à venir : *on n'attire pas les mouches avec du vinaigre !*

Le ton ne doit pas être à la revendication mais plutôt à la promotion de la santé, des habitudes de vie saines, de la relation de confiance avec les médecins, de la connaissance des différentes ressources disponibles sur le territoire... Autrement dit : c'est le travail du GMF qui commence !

responsabilités des divers professionnels appelés à participer à la mise en place de cette nouvelle approche dans la livraison des services de première ligne. Mais nulle part nous n’y trouvons d’interpellation des citoyens qui sont pourtant la partie essentielle de ce nouveau « contrat de santé ».

Sans doute est-il approprié que cette dimension soit prise en main et développée dans des quartiers où habitent peu de médecins mais qui peuvent offrir à ces derniers des conditions de pratique favorables à l’atteinte des objectifs de recrutement et de participation implicites aux projets de GMF.

Et pendant ce temps là...

Santé mentale et cliniques médicales

Lors de la rencontre avec l’équipe de santé mentale adultes sur le document d’introduction au projet clinique en santé mentale, la question de l’articulation des services de cette équipe à ceux des médecins du territoire a été soulevée... pendant la pause !

L’hypothèse d’une offre de services DANS les cliniques n’a pas semblé soulever de résistance de la part des intervenants concernés mais bien de l’intérêt. Aussi peut-on se demander s’il est nécessaire d’attendre que l’ensemble des conditions de mise en place de GMF, comprenant des services psychosociaux, soient réunies avant qu’une telle articulation soit possible ?

Ne peut-on imaginer qu’une offre de services en santé mentale dans certaines cliniques du territoire soit possible, même si ces dernières ne sont pas encore des GMF ?

Ne peut-on penser qu’un tel développement puisse contribuer à faire avancer la collaboration CSSS – cliniques médicales conduisant éventuellement à la création de GMF ?

L’établissement d’une première ligne solide en santé mentale apte à dégager la deuxième ligne des clientèles stabilisées dépend en bonne partie de l’engagement de médecins omnipraticiens dans le suivi de ces clientèles. Une collaboration de proximité permettrait, de plus, de rehausser la valeur de l’intervention médicale en permettant d’offrir une double thérapie (médicamenteuse et psychologique) à des clientèles qui ne peuvent actuellement s’offrir de psychothérapie à leurs frais et doivent donc se contenter de la seule médication fournie par l’omnipraticien.

L’expérimentation d’une telle offre de services psychosociaux dans quelques cliniques médicales pourrait permettre de répondre aux craintes des médecins devant des clientèles (venant de la deuxième ligne) pouvant être difficiles à gérer, et réduire les appréhensions à l’égard de l’articulation de leurs services à ceux du CSSS dans un cadre qui ne soit pas aussi lourd à négocier que la mise en place d’un GMF.

Nous faisons l’hypothèse qu’une telle expérimentation menée à bien contribuerait activement à l’émergence de projets de GMF sur notre territoire.

Gilles Beauchamp, mercredi, 9 juillet 2008

Continuité, santé mentale et urgences

Usagers du territoire Lucille-Teasdale ayant eu au moins 3 consultations avec un omnipraticien en 2005-2006					
% visites chez le même médecin	Avec (oui ou non) problème de santé mentale				
		Nb usagers	%	Consult. omni.	Cons. urgence
0-49 %	Non	10313		5.2	0.5
0-49 %	Oui	3120	23%	7.1	1.3
0-49 %	total	13433		5.6	0.7
50-74,9%	Non	13220		4.9	0.5
50-74,9%	Oui	4541	26%	6.5	1.0
50-74,9%	total	17761		5.3	0.6
75% et plus	Non	19532		5.3	0.5
75% et plus	Oui	7533	28%	6.6	0.9
75% et plus	total	27065		5.6	0.6

Les personnes ayant un problème de santé mentale représentent une plus grande proportion des clientèles avec grande continuité (ayant réalisé au moins 75% de leurs visites auprès du même omnipraticien) que chez celles qui vont moins souvent voir le même médecin. Par ailleurs, les personnes avec problème de santé mentale ayant une moindre continuité consultent plus souvent un omnipraticien et utilisent plus souvent l'urgence que celles avec un plus haut taux de continuité.

Pr. s. ment.	Nb usagers	%	Consult. omni.	Cons. urgence
Non	43065		5.1	0.5
Oui	15194	26%	6.7	1.0
total	58259		5.5	0.6

Par ailleurs, sans égard à la continuité, les personnes ayant un problème de santé mentale consultent plus souvent un omni

et utilisent plus souvent l'urgence que celles n'ayant pas de tels problèmes.

Population dans les ménages privés Recensement 2006			
		2005-2006	
CSSS	Population	N usagers MD omni	
de l'Ouest-de-l'Île	209145	134994	65%
Dorval-Lachine-Las	132165	83423	63%
Sud-Ouest-Verdun	137015	80946	59%
Cavendish	117400	64116	55%
de la Montagne	215475	107372	50%
Bordeaux-Cartierville	131495	85307	65%
Ahuntsic et Montréal	158565	108773	69%
du Coeur-de-l'Île	106210	67595	64%
Jeanne-Mance	135110	75905	56%
Saint-Léonard et Sai	124660	87617	70%
Lucille-Teasdale	167775	112629	67%
de la Pointe-de-l'île	187365	131746	70%
total	1822380	1140423	63%
Usagers serv. médicaux omni, terr. CSSS L-T			
avec pr. Santé mentale (% de pop)		21206	13%

67% de la population (au recensement 2006) a utilisé les services d'un médecin omnipraticien durant l'année 2005-2006.

La clientèle ayant des problèmes de santé mentale correspond à 13% de la population des ménages privés.

La moyenne montréalaise étant de 10%.