

Anaïs-Monica McKay

**OPTER OU NON POUR DES ANTIDÉPRESSEURS DANS LE  
TRAITEMENT DE JEUNES ADULTES AUX PRISES AVEC DES  
PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE?  
ÉTUDE DE FACTEURS NON MÉDICAUX MODULANT LA DÉCISION DES  
MÉDECINS DE FAMILLE PRATIQUANT EN CLSC OU EN UMF**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire  
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

## Résumé

---

Au Québec, les problèmes de santé mentale ou d'adaptation sont fréquents chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans. Lorsqu'ils ont recours aux services de santé publics, ces derniers privilégient la consultation auprès des médecins de famille. Cette étude tente de cerner les facteurs non médicaux intervenant dans l'option que prennent alors des médecins de famille de traiter ou non ces jeunes par antidépresseurs. Les médecins interrogés (n=12) proviennent du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale et pratiquent dans des unités de médecine familiale (UMF) et des centres locaux de services communautaires (CLSC). Le cadre d'analyse utilisé s'inspire du modèle *Precede/proceed* de Green et Kreuter (2005) lequel distingue trois types de facteurs : prédisposants, facilitateurs et de renforcement. Une méthode qualitative a été privilégiée, notamment l'entretien semi-dirigé et l'analyse de contenu.

Les constats de l'étude révèlent l'existence de plusieurs facteurs « subjectifs » modulant le choix des médecins. Ainsi, leur ancienneté et leur intérêt pour la santé mentale représentent des facteurs prédisposant les médecins à adopter une attitude plus prudente envers la médicalisation des jeunes adultes. Selon eux, leur attitude plus prudente serait également attribuable à des facteurs facilitateurs, notamment le temps de consultation adéquat, le volume de pratique moins élevé, l'accessibilité aux conseils de leurs pairs ou à des spécialistes et la disponibilité de ressources psychosociales. En revanche, la souffrance exprimée par les jeunes adultes, la perception des idées suicidaires, la demande de solutions « magiques » ou instantanées ainsi que la structure des politiques d'assurances privées et gouvernementales représentent parfois des facteurs de renforcement quant au choix de traiter par antidépresseurs.

## **Avant-propos**

---

Un mémoire représente le fruit d'un processus solitaire de réflexion et de création. Il ne peut toutefois prendre forme qu'à la condition que son auteure soit encouragée, soutenue, comprise, réconfortée et appuyée par plusieurs personnes.

Je tiens à remercier les douze médecins de famille du Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale qui se sont si gentiment prêtés à l'exercice.

Ma directrice Michèle Clément et mon co-directeur Clément Beaucage dont les conseils et les encouragements ont été précieux tout au long de ce processus « mémorable ».

Mes « conseillers » externes : Michel Audet qui a apaisé mes nombreuses angoisses d'étudiantes. Denise Aubé pour les conseils judicieux qu'elle m'a apportés depuis le début jusqu'à la toute fin du mémoire. Mélanie Provost et Nadine Bolduc pour les lectures assidues de mes premières ébauches.

Mes « prodigieuses » et disponibles correctrices : Léa Méthé-Myrand, Kim-Naïomi Fortin et Anne-Louise Fortin. À moi, dorénavant, de vous rendre la pareille!

Mes parents qui, d'Haïti et du Nunavut, m'ont apporté du soutien et m'ont permis de mener à terme mes multiples projets. Grâce à votre humanisme, j'ai pris conscience du sens profond du terme « communauté ».

Mes sœurs et mon frère toujours présents et solidaires, Kim, Naïanthy et Domingo. Luca le nouveau venu, Jackson et Carl. Ma famille élargie, Diane, Claude, Maude, Marco, Marie, Line et Denis. Ma belle-famille, Jocelyne, Michel, Nicolas, Nathalie, Alexis et Émile. Toutes mes nouvelles amitiés et celles qui m'ont été fidèles, particulièrement Léa qui m'a donné le courage d'en finir ainsi qu'Atshukué et Jean-Martin qui m'ont hébergée tant de fois.

Guillaume, *Mi amor*, à qui je dédie cet ouvrage.

## Table des matières

---

RÉSUMÉ .....	II
AVANT-PROPOS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
SIGNIFICATION DES SIGLES .....	VII
INTRODUCTION.....	8
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE ET REVUE DES ÉCRITS PERTINENTS .....</b>	<b>10</b>
1.1. LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES JEUNES ADULTES .....	11
1.2. LE RECOURS DES JEUNES ADULTES AUX MÉDECINS DE FAMILLE .....	13
1.3. LE RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE.....	14
1.4. LES MÉDECINS DE FAMILLE FACE AU DIAGNOSTIC DES TROUBLES MENTAUX ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	15
1.5. LES MÉDECINS DE FAMILLE FACE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DES JEUNES ADULTES. ....	21
<b>CHAPITRE 2 : DESCRIPTION DE L'ÉTUDE ET CADRE DE RÉFÉRENCE.....</b>	<b>24</b>
2.1. LES OBJECTIFS ET LA QUESTION DE RECHERCHE .....	24
2.2. LA PERTINENCE DE L'ÉTUDE .....	24
2.3. LE CADRE CONCEPTUEL .....	26
<b>CHAPITRE 3 : CADRE OPÉRATOIRE .....</b>	<b>31</b>
3.1. LE TYPE DE RECHERCHE : EXPLORATOIRE, QUALITATIVE ET APPLIQUÉE.....	31
3.2. LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	32
3.3. LE PROCESSUS D'ÉCHANTILLONNAGE ET DE RECRUTEMENT .....	33
3.4. LE RECUEIL D'INFORMATION : L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ.....	34
3.5. LA MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES .....	35
3.6. LES CONSIDÉRATIONS D'ORDRE ÉTHIQUE.....	36
<b>CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS.....</b>	<b>37</b>
4.1. PRÉAMBULE.....	37
4.2. LES FACTEURS SELON LES CATÉGORIES DU MODÈLE <i>PRECEDE/PROCEED</i> .....	41



<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</b> .....	65
5.1. UN RETOUR SUR LES RÉSULTATS .....	65
5.2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE .....	73
5.3. DES SUGGESTIONS POUR D'ÉVENTUELLES RECHERCHES.....	75
<b>CONCLUSION</b> .....	76
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	78
<b>ANNEXE 1 : SCHÉMA D'ENTREVUE</b> .....	84
<b>ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX MÉDECINS DE FAMILLE</b> ..	88

## Liste des tableaux

---

Tableau 1 :	Répartition des médecins, selon l'établissement de rattachement et le sexe.....	34
Tableau 2 :	Synthèse des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement.....	64

## **Signification des sigles**

---

<b>CHSLD :</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CLSC :</b>	Centre local de services communautaires
<b>CSSS :</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>GMF :</b>	Groupe de médecine de famille
<b>ISRS :</b>	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine
<b>IMAO :</b>	antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine-oxydase
<b>MSSS :</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>UMF :</b>	Unité de médecine familiale

## Introduction

---

Au Québec, de plus en plus de jeunes adultes sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ou « d'adaptation ». En dépit de leur détresse psychologique, nombre d'entre eux demeurent réticents à consulter des professionnels de la santé, préférant faire appel à leur entourage pour recevoir du soutien. Lorsqu'il y a consultation, cependant, c'est aux médecins de famille œuvrant dans le réseau de services de santé publics qu'ils s'adressent le plus souvent compte tenu de leur proximité et de leur facilité d'accès.

Pour ces médecins, l'intervention en santé mentale s'avère souvent difficile et à plus forte raison lorsque leurs patients sont des jeunes adultes. Dans ces cas précis, le diagnostic lié à un problème de santé mentale est délicat à établir du fait de l'instabilité émotionnelle et le cumul de situations précaires propres à cette période de la vie (étude, choix de carrière, conciliation travail/étude, etc.). Pour éviter de diagnostiquer inutilement ou, à l'inverse, de sous-estimer la détresse exprimée, les médecins doivent considérer plusieurs dimensions non médicales avant d'arrêter définitivement leur jugement médical.

Par ailleurs, au moment de choisir de traiter ou non leurs jeunes patients par médicament, plusieurs dimensions personnelles et « subjectives » modulent la démarche des médecins, notamment leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs valeurs eu égard à la santé mentale, à la médication, à l'origine des problèmes, etc. S'interposent également des facteurs plus organisationnels et structurels, par exemple le milieu de pratique, le mode de rémunération, les valeurs sociales associées à la santé mentale ou à la consommation de médicaments, etc. D'autres facteurs sont plus directement liés aux patients, notamment leurs demandes de plus en plus fréquentes pour de la médication. Pour ces raisons, et bien d'autres encore, il est possible de penser que le choix de traiter ou non par antidépresseurs, principalement lorsqu'il s'agit de jeunes adultes, est difficile à prendre pour les médecins. On peut donc supposer qu'il existe entre eux des variations importantes quant aux manières de faire sur ce plan.

Comme nous le verrons plus loin dans la problématique, très peu d'études se sont intéressées jusqu'à ce jour à la démarche des médecins dans ces cas précis d'interventions.

Par conséquent, l'objectif de la présente étude est d'améliorer la compréhension des facteurs non médicaux modulant l'option retenue par les médecins de famille de traiter ou non par antidépresseurs des jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale. En contribuant à la reconnaissance de ces facteurs plus « subjectifs », nous souhaitons participer à la prévention de la médicalisation de leurs problèmes sociaux.

Le premier chapitre porte sur la problématique de l'étude et fait le point sur l'état des connaissances dans ce domaine. Il y est question, notamment, du rôle du médecin envisagé dans un premier temps de manière générale et, ensuite, dans le cadre plus spécifique des problèmes de santé mentale. Les multiples facteurs modulant le choix des médecins d'opter ou non pour la prescription d'un médicament antidépresseur seront alors abordés.

Le deuxième chapitre rend compte des objectifs de l'étude, de la question de recherche et de la pertinence de la démarche tandis que dans le troisième chapitre sont exposés les choix méthodologiques : le type de recherche, la population à l'étude, le processus d'échantillonnage, la grille d'entrevue, l'analyse des informations colligées, ainsi que les principales considérations éthiques.

Dans le quatrième chapitre, les résultats de la recherche sont exposés.

Suit le cinquième et dernier chapitre dans lequel ces résultats, leurs forces et leurs limites, ainsi que des propositions relatives à d'éventuelles recherches, sont discutés.

## **Chapitre 1 : Problématique et revue des écrits pertinents**

---

Ce chapitre présente la problématique de l'étude ainsi que la recension des écrits pertinents à sa formulation. La première section fait état de l'importance, au Québec, des problèmes de santé mentale chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans. Elle traite également de leur recours aux services de santé de première ligne<sup>1</sup>. La deuxième section aborde le rôle des médecins de famille dans la prise en charge de ce type de problèmes. La troisième section discute des dilemmes qui se posent aux médecins lorsque, confrontés à une situation d'incertitude diagnostique, ceux-ci doivent juger de la nécessité d'opter ou non pour la prescription d'un médicament antidépresseur. Nous présenterons alors une revue des facteurs susceptibles de moduler leur raisonnement. La dernière section clôt la problématique en illustrant comment l'intervention auprès d'une clientèle de jeunes adultes complique davantage l'exercice diagnostique pour les médecins de famille et, par conséquent, l'établissement du plan de traitement.

D'emblée, il faut préciser que cette étude s'intéresse à des médecins de famille pratiquant en centre local de services communautaires (CLSC)<sup>2</sup> et en unité de médecine familiale (UMF)<sup>3</sup>. Elle se concentre sur les problèmes de santé mentale, qui incluent les problèmes d'adaptation, lesquels sont souvent confondus avec les troubles mentaux courants que sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Enfin, l'étude se limite aux antidépresseurs<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Les soins de santé de première ligne représentent le premier point de contact de la population avec le réseau de la santé. Ils constituent un ensemble de soins et de services offerts dans les communautés et dans les milieux de vie des personnes (Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2008)

<sup>2</sup> Les centres locaux de services communautaires ont pour mission d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion (MSSS, 2008).

<sup>3</sup> Les unités de médecine familiale (UMF) offrent des soins et des services de santé. Les interventions concernent notamment l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale et physique, la prise en charge et le suivi approprié à la condition du patient, la prévention des maladies et la promotion de la santé, etc. Les équipes de travail sont composées de professionnels de la santé provenant de différentes disciplines telles que : médecine familiale, sciences infirmières, service social et nutrition clinique. Ces professionnels travaillent en collaboration avec d'autres programmes du CLSC. Les UMF constituent des milieux d'enseignement et de formation pratique pour les étudiants en médecine. Elles contribuent également à former des stagiaires en soins infirmiers, en service social et dans d'autres disciplines de la santé et des services sociaux (CSSSVC, 2008).

<sup>4</sup> Les antidépresseurs sont inclus dans la classe des psychotropes qui regroupe les antipsychotiques, les anxiolytiques, les hypnotiques, les sédatifs et les opiacés (MSSS, 2000).



parce que la littérature confirme que ces psychotropes sont prescrits de plus en plus fréquemment par les médecins de famille (Haxaire *et al.*, 2004).

### **1.1. Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes adultes**

Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux chez les jeunes adultes de 18 à 30 ans représentent un enjeu majeur de santé publique (Desbiens *et al.*, 2004 ; Hamel *et al.*, 2003). Cela dit, pour une meilleure compréhension de notre problématique, quelques distinctions s'imposent entre ces terminologies.

D'abord, selon Lavergne *et al.* (2004, p. 75) « *Les troubles mentaux ou les troubles de santé mentale sont définis comme des maladies caractérisées pouvant être diagnostiquées et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu et se manifestent par un dysfonctionnement dans l'une ou l'autre de ces sphères* ». Nous parlons ici des troubles anxieux, de la personnalité et de l'humeur (qui incluent la dépression majeure), la schizophrénie et même certaines pathologies liées à l'alimentation et à la consommation abusive de substances telles l'alcool, les drogues et les médicaments. Selon Desmarais *et al.* (2000), les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation chez les jeunes adultes de moins de trente ans.

La notion de problèmes de santé mentale, à laquelle nous nous intéressons ici, est beaucoup plus vaste que celle définissant les troubles mentaux. Selon Lavergne *et al.* (2004, p.75), ils « *constituent un ensemble large de problèmes résultant de la perturbation des relations entre la personne et son environnement* ». Ils découlent le plus souvent de contextes de vie difficiles. Pensons, par exemple, aux difficultés liées à des conditions de vie précaires, à des périodes de pauvreté, de stress ou d'isolement social (Desmarais *et al.*, 2000). Les expressions « *problèmes psychosociaux* », « *problèmes d'adaptation* », « *problèmes d'adaptation sociale* » et « *problèmes d'adaptation psychosociale* » sont également utilisées pour nommer dans le sens retenu les problèmes de santé mentale (Ehrenberg, 1998 ; Lavergne *et al.*, 2004).

Les problèmes de santé mentale se manifestent de plusieurs façons, notamment sous forme de détresse psychologique. Selon Légaré et *al.* (1995), bien que la notion de détresse psychologique ne permette pas de déterminer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population, elle donne néanmoins une approximation intéressante de l'état de santé mentale des jeunes adultes. Or, dans les années 1990, le *Rapport de l'enquête de Santé Québec* révélait que plus du tiers des jeunes adultes présentaient un niveau de détresse psychologique élevé (MSSS, 1995). Plus récemment, *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) illustre, qu'au Québec, la détresse chez les jeunes adultes est en augmentation constante (Statistiques Canada, 2001).

Afin d'expliquer le portrait plus sombre de ce groupe d'âge comparativement aux autres groupes d'âge, Desmarais et *al.* (2000) évoquent le cumul des situations difficiles et précaires dans lesquelles vivent les jeunes adultes. La formation, l'insertion professionnelle, les capacités financières, le départ du milieu familial, les projets d'union et de parentalité sont autant de préoccupations pesant lourdement sur leur bien-être psychologique.

Sur le plan des valeurs, être un jeune adulte s'accompagne aussi d'importants bouleversements. Selon Archambault (1998), les jeunes traversent un processus souvent douloureux et contradictoire d'ajustements aux normes du monde adulte. Par exemple, ils ne partagent pas toujours certaines valeurs aujourd'hui dominantes dans la société québécoise, que ce soit la compétitivité, la productivité et la performance. Parallèlement, ils sont en quête d'authenticité et d'intégrité face à eux-mêmes et face aux relations interpersonnelles dans lesquelles ils s'engagent. Comme le signalent Desmarais et ses collègues (2000, p.75), ils « *aspirent à un niveau de bien-être physique et psychologique, c'est-à-dire de bonheur, même si la conjoncture dans laquelle se trouve leur génération est particulièrement difficile. Il leur apparaît essentiel d'agir en accord avec ces valeurs et croyances* ». En d'autres mots, plusieurs auteurs reconnaissent qu'être jeune représente un passage difficile tant sur le plan des projets de vie que sur le plan identitaire, cela expliquant leur niveau de détresse psychologique élevé et la forte présence de problèmes de santé mentale chez ce groupe d'âge (Archambault, 1998 ; Desmarais, 2001 ; Desmarais et *al.*, 2000 ; Lavergne et *al.*, 2004 ; Poulin, 2003).

## **1.2. Le recours des jeunes adultes aux médecins de famille**

Malgré l'importance des problèmes de santé mentale et de la détresse psychologique chez les jeunes adultes, plusieurs d'entre eux sont réticents, voire critiques, à la perspective de consulter un professionnel de la santé (Desmarais *et al.*, 2000 ; Fournier *et al.*, 2002). Selon Desmarais (2001), les jeunes adultes jugent les services sociosanitaires souvent inadéquats et considèrent le nombre de professionnels de la santé et d'intervenants sociaux insuffisant pour répondre à leurs besoins. Ils préfèrent généralement régler leurs problèmes seuls et s'appuyer sur leur entourage, c'est-à-dire leurs amis et leur famille, pour recevoir du soutien (Desmarais, 2001 ; Desmarais *et al.*, 2000).

Lorsqu'il y a consultation cependant, les médecins de famille sont les professionnels les plus sollicités, suivis des infirmières, des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes et des éducateurs (Desmarais *et al.*, 2000 ; Fournier *et al.*, 2002). Cette situation s'explique partiellement par le fait que certains patients perçoivent les manifestations somatiques de leurs problèmes de santé mentale comme étant plutôt liées à un malaise physique (Poulin, 2003). Ils associent par exemple leurs sautes d'humeur à une dysfonction de la glande thyroïde. Selon Noubissi-Nana (2004), la demande s'explique aussi par l'accessibilité aux services de première ligne. De fait, plus de la moitié des jeunes adultes en quête de suivi professionnel pour leurs problèmes de santé mentale consultent auprès des établissements publics de santé et de services sociaux. Ils sollicitent également, mais dans une moindre mesure les services communautaires et les ressources en pratique privée (Desmarais *et al.*, 2000).

En somme, lorsque des jeunes adultes en détresse psychologique décident de consulter un professionnel de la santé, c'est vers les médecins pratiquant dans des établissements du réseau de santé publique qu'ils se tournent habituellement. Pour cette raison, il importe d'examiner plus en détail le rôle des médecins de famille sur un plan d'abord général, mais aussi sur le plan plus spécifique des problèmes de santé mentale.

### **1.3. Le rôle des médecins de famille**

Au Québec, on dénombre actuellement plus de 9000 médecins de famille<sup>5</sup>, ou omnipraticiens, inégalement répartis sur le territoire québécois, pour un ratio moyen d'un médecin par 1000 habitants (Demers, 2005 ; Lamontagne, 2007). Ces derniers sont reconnus comme étant des intervenants cruciaux sur le plan sociosanitaire, et ce, pour plusieurs raisons.

D'abord, ils servent de porte d'entrée dans le système de santé puisque la majorité de ceux-ci exercent au sein des services de première ligne<sup>6</sup>, donc à proximité de leurs patients (Starfield *et al.*, 2003). Par exemple, ils pratiquent dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui comprennent, selon les régions, des centres hospitaliers (CH), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des unités de médecine familiale (UMF). Ils travaillent également en polyclinique, et depuis peu en groupe de médecine de famille (GMF) (Avenir en santé, 2008).

Par ailleurs, ils interviennent auprès de clientèles de tous âges et de différente provenance, les consultant pour une multitude de motifs. Ils agissent ainsi auprès de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. De tous les professionnels de la santé, ce sont d'ailleurs eux qui accordent le plus grand nombre de consultations en lien avec cette affection (Lesage, 1996), et ce, particulièrement chez les jeunes adultes (Desmarais *et al.*, 2000).

Enfin, les médecins de famille jouent également un rôle important dans l'élaboration de plans de traitement, lesquels incluent la prescription médicamenteuse. Collin *et al.* (2000) remarquent à cet effet qu'ils se situent en amont de tous les professionnels de la santé dans le processus de décision menant à la prescription de psychotropes, notamment des

---

<sup>5</sup> Avec la médecine spécialisée, la médecine familiale (ou omnipratique) fait partie des deux grandes classes d'exercice médical (Collège des médecins du Québec, 2008).

<sup>6</sup> Selon Lamarche (2003), les services de première ligne sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de soutien et palliatifs.



antidépresseurs. À cela, les auteurs ajoutent (Collin *et al.*, 2000, p.4) que « *[L]eurs connaissances et leurs attitudes envers le problème sont primordiales puisque ces derniers peuvent promouvoir de saines habitudes de vie, proposer des alternatives à la consommation médicamenteuse lorsque non-judicieuse et prescrire de manière appropriée lorsque la consommation médicamenteuse est indiquée* ».

En résumé, le rôle des médecins de famille est déterminant dans la distribution des services de santé au Québec puisque ceux-ci assument de nombreuses responsabilités, tant curatives que préventives (Tepper, 2004). Ils se doivent donc de posséder des compétences diversifiées sur le plan médical, pharmacologique, clinique et relationnel. Ils doivent de plus faire preuve d'une expertise particulière pour tout ce qui relève de la santé mentale, et plus encore, pour ce qui concerne la prescription médicamenteuse. Selon Jacoby *et al.* (2003, p.120), « *Prescribing involves a complex process of sifting information from various sources and balancing a range of personal, social, and logistical influences, in addition to those that are purely medical and pharmacological* ». C'est l'aspect que nous abordons dans les prochains paragraphes.

#### **1.4. Les médecins de famille face au diagnostic des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale**

Pour les médecins de famille, la démarche relative au diagnostic, tant pour les problèmes de santé mentale que pour les troubles mentaux, est reconnue comme étant difficile (Ehrenberg, 1998 ; Parquet, 2002). Une fois de plus, une distinction terminologique s'impose pour mieux saisir les écueils que rencontrent ces professionnels de la santé.

D'abord, les troubles mentaux sont « caractérisés », autrement dit définis selon des critères diagnostiques précis, répertoriés dans des manuels reconnus tels que le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) ou la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Ces classifications facilitent l'établissement d'un diagnostic, en éliminant une grande part de subjectivité dans l'identification des troubles. De plus, ils guident les médecins dans le choix du traitement jugé le plus adéquat et efficace, et aident pour le suivi (Ehrenberg, 1998).

L'étude de Noubissi-Nana (2004) démontre cependant qu'il est plutôt exceptionnel en médecine familiale qu'un patient se présente avec un portrait clinique complet de trouble mental, suffisamment étayé pour correspondre à une maladie répertoriée dans les manuels en usage. Très souvent, les troubles mentaux sont observés à un stade précoce et leurs symptômes sont difficiles à apprécier tout en s'exprimant différemment selon chaque individu ; certains patients sont réticents à verbaliser leurs symptômes, d'autres les décrivent de manière plus ou moins explicite, enfin, pour d'autres encore, le malaise psychologique se manifeste sous forme de symptômes physiques (Conseil médical du Québec, 2001). Des statistiques récentes de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale démontrent la difficulté d'établir un diagnostic juste à cette étape en révélant que de nombreux troubles mentaux, dont la dépression majeure, sont sous-diagnostiqués en médecine de première ligne (Davidson et Meltzer-Brody, 1999, cités dans Kavanagh *et al.*, 2006).

Ceci étant dit, une difficulté diagnostique supplémentaire se pose lorsque les médecins de famille sont sollicités pour des « problèmes de santé mentale ». Selon Noubissi-Nana (2004)<sup>7</sup>, ces problèmes sont plus flous que les troubles mentaux; ils se situent dans une zone intermédiaire entre le champ social et mental. Pour les médecins, ce type de problèmes - qu'ils qualifient de « mineurs » - sont difficiles à identifier à partir des outils diagnostiques habituels (Collin *et al.*, 2000). Il s'avère également délicat pour eux de dissocier la part relevant d'une dimension médicale de celle relevant d'une dimension sociale (Noubissi-Nana, 2004). Il est ainsi possible de penser que dans ces cas précis d'intervention, mais fort nombreux, le médecin est appelé à interpréter la portée des symptômes et à exercer son jugement personnel dans une plus large mesure que lorsqu'il s'agit de troubles mentaux.

Pour ces raisons, choisir de traiter par antidépresseurs n'est pas une décision qui va de soi pour les médecins. Cela s'exprime d'ailleurs par des variations importantes entre ceux-ci quant à la prescription de ce type de médicament (Hansen *et al.*, 2003); si certains hésitent à

---

<sup>7</sup> L'auteure parle en termes de « souffrance psychique » pour nommer un « problème de santé mentale ».



les prescrire (Lesage, 1996), d'autres le font précipitamment et pas toujours de façon adéquate (Simon et VonKorff, 1995, cités dans Kavanagh *et al.*, 2006). Face à ce constat, il semble pertinent d'observer certains facteurs relevés dans la littérature susceptibles de moduler le choix des médecins de traiter ou non par antidépresseurs.

#### **1.4.1. Les facteurs susceptibles de moduler le choix des médecins de famille de traiter ou non par antidépresseurs**

Dans un contexte d'incertitude face au diagnostic d'un problème de santé mentale, les caractéristiques propres au médecin peuvent influencer le choix de prescrire ou non une médication à un patient. Par exemple, il est reconnu que la prescription de psychotropes se fait plus fréquemment par des médecins de famille plus âgés (Monette *et al.*, 1994). En plus de ces caractéristiques sociodémographiques, les valeurs qu'ils privilégient dans l'acte de prescription, que ce soit face à leurs patients, aux médicaments ou face à leur propre rôle prennent aussi une place importante dans leur raisonnement (Bradley, 1992).

Aussi, leur ouverture à discuter des problèmes de santé mentale avec leurs patients influe sur leur manière d'intervenir (Bradley, 1992). À l'inverse, le manque d'ouverture par rapport aux questions relatives à la santé mentale est reconnu comme ayant un impact direct sur leur façon de prescrire; certains médecins s'intéressent peu aux problèmes de santé mentale, entretiennent à leur endroit des préjugés négatifs se répercutant sur la qualité de leurs rapports avec les patients, ce qui les amèneraient à proposer la médication de manière plus expéditive (Bradley, 1992 ; Conseil médical du Québec, 2001).

Par ailleurs, le rapport des médecins face à la souffrance psychologique vécue par leurs patients peut influencer leur démarche décisionnelle. En effet, le choix des médecins de traiter par la médication est parfois motivé par un sentiment d'empathie et de compassion, qui peut engendrer une banalisation de la prescription au nom du soulagement anticipé de la souffrance des patients (Collin *et al.*, 2000). Parfois aussi, face à cette souffrance, la prescription représente une forme d'assurance plus ou moins consciente pour les médecins (Bradley, 1992). C'est ce que Scheff (1996, cité dans Collin *et al.*, 2000, p.22) appelle la

« règle de la décision médicale » : en cas de doute et devant un diagnostic difficile à établir, mieux vaut agir concrètement que de ne pas intervenir.

Les médecins de famille peuvent également modifier leur choix de prescrire selon les caractéristiques démographiques des patients qui les consultent, dont l'âge, l'origine ethnique, la classe sociale et le niveau d'éducation. Des statistiques récentes démontrent à cet effet que la fréquence de prescription des antidépresseurs varie selon les groupes d'âge et le sexe, étant plus élevée, par exemple, chez les personnes âgées et les femmes (Bartels *et al.*, 2003 ; Sleath *et al.*, 2003).

De même, la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients peut également influencer sur le choix de traiter par antidépresseurs. Souvent, par manque de temps, la relation n'est établie qu'à un niveau superficiel, ce qui affecte la communication, empêche l'évaluation en profondeur du patient, et conséquemment se termine en une prescription expéditive (Bradley, 1992).

En outre, les patients sont reconnus comme ayant un rôle de plus en plus actif dans le choix du traitement (Collin *et al.*, 2005). Ils se présentent aujourd'hui plus fréquemment avec une requête pour une prescription d'antidépresseurs, ce que Garnier et ses collègues (2001, p.3) désignent comme « le phénomène du patient à la recherche de médecins complaisants ». Cela exerce une pression sur les médecins et contribue parfois à favoriser la prescription plutôt que d'autres options thérapeutiques. Hyde *et al.* (2005) affirment que certains médecins ressentent tout simplement une « obligation » de traiter un patient ce qui prend souvent la forme d'une prescription.

Sur un tout autre plan, la représentation que se font les médecins de la médication peut aussi moduler leur façon de prescrire. Dans une situation d'incertitude diagnostique, il est reconnu que les médecins favorisent davantage la prescription d'antidépresseurs à d'autres options thérapeutiques (Bradley, 1992). De plus, pour éclairer le diagnostic, les médecins ont parfois recours au « traitement d'épreuve » (Parquet, 2002) ou à l'« épreuve thérapeutique » (Ehrenberg, 1998), en espérant que le traitement aide à préciser la nature du problème. Les antidépresseurs sont ainsi utilisés comme un outil diagnostique : si l'état

d'un patient s'améliore par la consommation d'antidépresseurs et qu'il est sensible à leurs effets, cela confirme l'existence des symptômes « biologiques » caractéristiques de la dépression.

Aussi, certains médecins considèrent les antidépresseurs comme le moyen le plus efficace pour traiter ou prévenir les rechutes. Ceux-ci sont également perçus par les médecins comme moins coûteux que les traitements alternatifs comme la psychothérapie (Hyde *et al.*, 2005). D'autant plus qu'aujourd'hui, de nouvelles classes de médicaments tels les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS)<sup>8</sup> sont considérées comme étant efficaces et plus sécuritaires que les antidépresseurs de classes plus anciennes, tels que les antidépresseurs inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) (Ehrenberg, 1998). Ces nouveaux antidépresseurs sont aussi reconnus pour traiter un plus large éventail de troubles allant de la dépression à l'anorexie et leurs effets secondaires sont beaucoup moins importants que ceux des antidépresseurs plus anciens (Boisvert, 2004). Pour ces multiples raisons, la prescription d'antidépresseurs est souvent privilégiée aux dépens de la psychothérapie et aux dépens de l'ordonnance de choix de modes de vie sains pour leurs patients (Conseil médical du Québec, 2001).

Selon Garnier et ses collaborateurs (2001) la formation reçue peut également influencer sur la façon dont les médecins envisagent les avenues de traitement chez leurs patients. L'enseignement et les connaissances médicales relatives aux traitements sont souvent ancrés dans une perspective pharmacologique ou biochimique et cela prédispose les médecins à opter pour la médication. De plus, compte tenu de lacunes dans leur formation universitaire initiale ou de l'absence de formation continue, certains médecins exercent sans maîtriser les connaissances, les outils et les habiletés pour intervenir de façon adéquate auprès de patients aux prises avec des problèmes de santé mentale (Conseil médical du Québec, 2001).

---

<sup>8</sup> On retrouve parmi les antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS), mieux connus sous les noms de Prozac (fluoxétine), Zoloft (sertraline), Luvox (fluvoxamine), le Paxil (paroxétine), le Celexa (citalopram) et Lexapro ou Ciprallex (escitalopram). Les ISRS occupent aujourd'hui la plus importante part du marché des médicaments prescrits au Canada (Hemels *et al.*, 2002).

Le contexte organisationnel dans lequel pratiquent les médecins peut également avoir une influence sur le choix de prescrire une médication. Par exemple, les médecins les plus enclins à prescrire sont ceux qui ont un volume de pratique élevé et ceux qui manquent de temps (Hyde *et al.*, 2005). Garnier et ses collègues (2001, p.17) expliquent à ce titre que « *[L]’augmentation de la charge de travail en médecine se traduit par une réduction de la durée des consultations et, plus l’entrevue est courte, plus la prescription du médecin comporte de médicaments.* » Selon Hyde *et al.* (2005), la culture de prescription présente dans certaines institutions contribue aussi au renforcement du choix de traiter pour ces médecins contraints par le temps.

L’arrimage entre les soins de première ligne et les services spécialisés a un impact important sur l’offre de services médicaux aux personnes présentant des problèmes de santé mentale, et par conséquent sur la prescription d’antidépresseurs. Par exemple, l’absence ou la pauvreté des liens entre les médecins, les psychiatres et les autres spécialistes de la santé mentale est un facteur influençant la nature du traitement (Hyde *et al.*, 2005). Parfois, c’est la présence de relations conflictuelles entre les différents corps professionnels qui est à l’origine des problèmes.

Pour plusieurs médecins, il existe également une difficulté d’accès aux spécialistes en vue d’obtenir un avis ou une consultation pour leurs patients (Mailhot, 2006). Par conséquent, le délai pour recevoir les conseils des spécialistes peut conduire les médecins à proposer la médication comme option provisoire ou comme filet de sécurité avant que leurs patients aient accès aux services spécialisés (Hyde *et al.*, 2005).

À ces facteurs s’ajoute également la sollicitation des représentants pharmaceutiques (Cohen, 1996). Garnier et ses collègues (2001, p.15) expliquent à ce titre que « *[L]es entreprises pharmaceutiques exercent des pressions sur les médecins afin d’améliorer la vente de leurs produits et qu’un contexte de forte concurrence exacerbe ces pratiques commerciales en accentuant l’emprise sur les médecins* ». Cette situation augmenterait la propension de certains médecins à l’essai de nouvelle médication, leur décision de les prescrire se trouvant souvent influencée par la pression pharmaceutique. Dans le même

ordre d'idées, l'arrivée sur le marché de nouveaux produits et l'amélioration de leur efficacité thérapeutique inciteraient les médecins à prescrire (Burgess, 1986).

### **1.5. Les médecins de famille face aux problèmes de santé mentale des jeunes adultes**

Nous venons d'établir que l'intervention face aux problèmes de santé mentale, et plus précisément la démarche menant au choix de traitement, est laborieuse pour les médecins de famille. Celle-ci est influencée non seulement par leurs connaissances médicales et pharmacologiques, mais également par de nombreux facteurs allant de leurs convictions personnelles aux caractéristiques de leur environnement social et professionnel. Cela dit, nous posons ici l'hypothèse que le fait d'intervenir auprès d'une clientèle de jeunes adultes (18-30 ans) complexifie tant le diagnostic que l'établissement du plan de traitement.

D'abord, nous supposons que le diagnostic est plus délicat à établir pour le groupe des jeunes adultes que pour les autres groupes d'âge. L'instabilité émotionnelle est typique de cette phase de la vie caractérisée par l'importance des décisions à prendre, qu'il s'agisse d'emploi, de carrière, de liens conjugaux ou, plus profondément encore, d'identité de soi. Pour ces raisons, les manifestations des problèmes de santé mentale sont fréquentes et variées (Desmarais *et al.*, 2000). La souffrance du jeune adulte peut ainsi être interprétée de multiples façons par les médecins de famille et conduire à des diagnostics différents. Par exemple, les décisions multiples et les situations transitionnelles parfois précaires auxquelles sont confrontés les jeunes adultes peuvent favoriser l'apparition de malaises pouvant se confondre avec des symptômes de troubles mentaux (anxiété liée au choix de carrière, stress lié à des conditions économiques précaires, etc.). Lorsque c'est le cas, le portrait clinique peut être confus et susceptible de conduire à un diagnostic erroné. À l'inverse, le problème de santé mentale peut aussi être sous-estimé; les médecins interprètent alors la plainte du jeune comme un tourment ponctuel justifié par ses difficultés passagères plutôt qu'une souffrance en voie de le rendre malade. En somme, déjà à cette étape, les médecins doivent faire appel à leurs compétences et à leur jugement pour poser, s'il y a lieu et au bon moment, un diagnostic exact et précis.



Ensuite, nous considérons qu'au moment d'établir leur plan de traitement, les médecins de famille sont obligés de composer avec des dilemmes importants. Par exemple, devant l'urgence d'intervenir dans une situation de détresse pouvant mener à une crise suicidaire, une situation fréquente chez les jeunes adultes (ASSS, 2005), ils peuvent favoriser une prise en charge précoce, notamment sous la forme d'une médication. Mais considérant que la médication peut entraîner l'augmentation des comportements suicidaires chez les adultes entre 18 et 24 ans (Prescrire, 2007), ils ne peuvent en banaliser les effets et doivent aussi tenir compte dans leur évaluation des changements comportementaux et émotionnels que peut engendrer chez leurs patients la prise d'un médicament antidépresseur.

Dans leur réflexion sur la pertinence d'opter ou non pour des antidépresseurs, les médecins doivent aussi envisager le risque de psychiatriser des problèmes somatiques existentiels ou sociaux, ce qui pourrait engendrer une médicalisation induite chez les jeunes adultes (Parquet, 2002). Selon Dorvil et ses collègues (2001, p.219) « *Le terme « médicalisation » renvoie au processus par lequel des comportements ou des phénomènes posant problème pour l'individu ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux.* » Selon ces auteurs, les conséquences de la médicalisation sociale sont importantes pour les individus. Elle renforce la croyance que ceux-ci sont anormaux ou déviants parce qu'ils vivent des moments de détresse. Ils ajoutent qu'elle consolide la perception que, s'agissant de problèmes indépendants de leur volonté (par exemple un déséquilibre biochimique d'origine génétique), les personnes en détresse ne sont pas responsables de leur état et ne peuvent en modifier le cours. Enfin, ils concluent que la médicalisation sociale contribue ultimement à réduire l'autonomie et l'insertion sociale des individus.

Pour mieux comprendre le regard que portent des médecins de famille sur leur pratique, cette étude propose d'identifier les facteurs influençant leur décision de traiter ou de ne pas traiter par antidépresseurs un jeune âgé de 18 à 30 ans. À titre d'intervenants de première ligne auprès des jeunes fragilisés au plan psychologique, ces médecins sont confrontés à des enjeux multiples reliés à leurs choix thérapeutiques. Ils doivent en effet soigner rapidement et efficacement dans un but préventif tout en ayant le souci de ne pas



médicaliser les problèmes sociaux des jeunes adultes. Enfin, comme leur démarche sollicite leur propre interprétation de la situation et une part de subjectivité, il importe d'identifier les éléments importants les influençant au cours de ce processus délicat.

## **Chapitre 2 : Description de l'étude et cadre de référence**

---

Ce deuxième chapitre a pour but de rendre compte des objectifs de l'étude, de la question à laquelle nous souhaitons répondre ainsi que de la pertinence de la démarche entreprise. Le cadre de référence orientant la démarche est également présenté.

### **2.1. Les objectifs et la question de recherche**

L'objectif général de l'étude est d'améliorer notre compréhension des facteurs non médicaux modulant le choix des médecins de famille de traiter ou non par antidépresseurs des jeunes adultes aux prises avec un problème de santé mentale. Ici, notre intention est de rendre compte de la multiplicité et de la complexité des facteurs intervenant dans leur réflexion et d'identifier les facteurs sur lesquels ils s'appuient pour faire leur choix. Plus succinctement, les objectifs poursuivis se résument ainsi :

- cerner les facteurs (non médicaux) considérés par les médecins de famille dans leur choix de traiter ou non par antidépresseurs des jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale;
- repérer parmi ces facteurs ceux qui influencent, d'une part, la décision du médecin de traiter par antidépresseurs et, d'autre part, la décision du médecin de ne pas traiter par antidépresseurs ou de choisir une autre option.

Notre question de recherche découle de ces objectifs et se formule de la manière suivante :

*Quels sont les facteurs qui prédisposent, facilitent et renforcent l'option prise par les médecins de famille de traiter ou non par antidépresseurs de jeunes adultes (18-30 ans) aux prises avec des problèmes de santé mentale?*

### **2.2. La pertinence de l'étude**

La santé mentale de la population, et spécifiquement celle des jeunes adultes, est une préoccupation transversale se retrouvant dans les politiques publiques et les orientations

ministérielles en santé publique. Au Québec, par exemple, le *Programme national de santé publique 2003-2012* fait de la santé mentale une de ses priorités et insiste sur l'importance de développer des interventions visant à prévenir les troubles anxieux et les états dépressifs (Hamel *et al.*, 2003). Les mêmes préoccupations sont reprises par le *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la région de la Capitale-Nationale*. Une priorité mise de l'avant dans ce contexte est « [de] réduire la détresse psychologique par des interventions préventives auprès des jeunes adultes et des adultes ayant des problèmes d'adaptation » (Desbiens *et al.*, 2004). Une stratégie émise par le *Conseil permanent de la jeunesse* est de mieux outiller les médecins de famille dans l'aide à offrir aux jeunes adultes aux prises avec des difficultés d'ordre psychologique (Desmarais *et al.*, 2000).

Sur le plan de la recherche scientifique, Desmarais et ses collègues (2000) soutiennent l'importance d'étudier les jeunes adultes comme un groupe particulier se distinguant à plusieurs égards d'autres groupes d'âge :

La période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte s'est allongée de sorte que ces « jeunes adultes » constituent un « nouveau groupe social » comprenant un million et demi d'individus [...]. De plus, cette période de transition s'est institutionnalisée, en quelque sorte, pour un nombre grandissant de personnes. Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, dans un contexte de transformation de la division du travail et des rôles sociaux, entre autres, l'adolescence s'est progressivement définie comme une transition entre l'enfance et l'âge adulte. De la même manière, aujourd'hui, les conditions d'accès à l'âge adulte ont évolué, légitimant ainsi l'appellation d'un nouvel âge de la vie (Gauthier, 1993) différent de l'adolescent qui se définit par son indétermination (Desmarais *et al.*, 2000, p.9).

À la lumière des écrits, les problèmes de santé mentale et la prescription d'antidépresseurs chez ce groupe est un phénomène pourtant peu exploré (Desmarais, 2001), contrairement à d'autres groupes, notamment les personnes âgées (Collin *et al.*, 2000 ; Paillé, 2004 ; Tamblyn *et al.*, 1994), les enfants et les adolescents (Dopheide, 2006 ; Jaycox *et al.*, 2006 ; Macey *et al.*, 2005 ; Magno Zito *et al.*, 2002).

Dans une perspective de santé communautaire, notre choix est également motivé par une préoccupation relative au risque potentiel de médicaliser des problèmes sociaux vécus par les jeunes adultes. Parmi les problèmes nouvellement médicalisés, tels que la vieillesse, la mort, les délits sexuels, la ménopause (Collin, 2003 ; Dorvil *et al.*, 2001), s'ajoutent maintenant certains comportements turbulents propres aux enfants et aux adolescents

(Lafortune, 2007 ; Lafortune *et al.*, 2006). À notre avis, il existe une possibilité que la « jeunesse », avec ses nombreux troubles d'adaptation, se retrouve de plus en plus médicalisée; on observe aujourd'hui que les patients entre 18 et 34 ans sont plus susceptibles de recevoir une prescription d'*ISRS* que les personnes âgées de 65 ans et plus, une catégorie d'âge pour qui la surprescription d'antidépresseurs est déjà reconnue (Bartels *et al.*, 2003 ; Collin *et al.*, 2000 ; Sleath *et al.*, 2003).

En outre, sur le plan de la pratique médicale, la médicalisation des problèmes sociaux est aujourd'hui au cœur d'importants débats dans lesquels les médecins de famille sont souvent critiqués et accusés de travailler de manière « réductionniste » (Cohen, 1996 ; Ehrenberg, 1998). Par exemple, selon Ehrenberg (1998), les médecins ont parfois tendance à vouloir simplifier leur démarche en se contentant de repérer les symptômes du patient pour établir un diagnostic et par la suite prescrire une médication. Ils négligent ainsi la recherche des causes de la maladie au profit de la seule reconnaissance des symptômes, gommant ainsi la dimension subjective des problèmes psychologiques et de leur traitement. Une meilleure compréhension des facteurs « subjectifs » reliés au choix de prescrire aidera à reconnaître les dérives potentielles et éventuellement leur prévention.

### **2.3. Le cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel retenu pour la réalisation de l'étude s'inspire du modèle *Precede/proceed* de Green et Kreuter (2005). Il s'agit d'un modèle couramment utilisé pour étudier le comportement des acteurs et l'environnement dans lequel ils évoluent. Selon Pelletier (2001, p.9), le propre de ce modèle est de considérer que toute situation problématique est de nature multifactorielle, parce qu'elle est « *déterminée par des conditions multiples qui interagissent les unes avec les autres : les comportements personnels, les environnements sociaux, les valeurs, les normes, etc.* ». Un tel cadre fournit donc les éléments conceptuels nécessaires pour appréhender le questionnement portant sur la diversité des facteurs à considérer lorsque le médecin doit choisir de traiter ou non par antidépresseur un jeune adulte souffrant d'un problème de santé mentale.

Des chercheurs s'intéressant aux médecins de famille ont déjà eu recours à ce modèle. Ainsi, c'est en l'utilisant que Tamblyn et Battista (1994) ont démontré que lorsqu'ils pratiquent, les médecins composent avec différents facteurs reliés tantôt à leurs caractéristiques personnelles, tantôt à leur environnement de pratique. Pour cette étude, le modèle a permis entre autres de mettre en lumière différents facteurs incitant, ou à l'inverse, décourageant les médecins à promouvoir auprès de leurs patients des attitudes préventives en matière de santé. D'autres études utilisant également ce modèle ont porté sur des sujets aussi variés que l'obésité et le tabagisme (Heywood *et al.*, 1996), les maladies cardiovasculaires (Makrides *et al.*, 1997), sur le VIH-Sida (Pelletier, 2001) et la promotion de l'autodétection des troubles mentaux chez les adolescents (Wright *et al.*, 2006). Il s'agit donc d'un modèle largement utilisé pour étudier le comportement des médecins de famille et pour explorer des préoccupations similaires aux nôtres.

Ce modèle s'organise concrètement autour de deux grandes phases, soit l'établissement de diagnostics relatifs à la situation étudiée (*Precede*) et, au besoin, la mise en œuvre d'une solution permettant d'améliorer la situation jugée insatisfaisante (*Proceed*)<sup>9</sup>. Cette seconde phase du modèle sera exclue de notre démarche, parce qu'elle renvoie à des activités de planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'une intervention, ce qui dépasse les objectifs visés par notre mémoire.

La première phase (*Precede*) du modèle comprend cinq diagnostics : social; épidémiologique; comportemental et environnemental; éducationnel et organisationnel; administratif et politique. Comme l'indique Pelletier (2001, p.5) « *Ces diagnostics nous aident à bien comprendre qui sont les personnes [que nous étudions], quelles sont les difficultés qu'elles vivent et quels sont leurs besoins. Ils nous servent également à connaître et comprendre dans quel environnement social, économique et politique ces personnes*

---

<sup>9</sup>L'acronyme PRECEDE signifie « Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation », autrement dit les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement dans le diagnostic et l'évaluation d'ordre éducationnel et environnemental. L'acronyme PROCEED signifie quant à lui « Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational et Environmental Development », c'est-à-dire les facteurs liés aux politiques, à la régulation et à l'organisation dans le développement éducationnel et environnemental (Association pour le Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé, 2008).

*évoluent* ». Bien que l'idéal soit de réaliser l'ensemble des diagnostics de la situation étudiée, il est aussi possible de travailler à partir d'un seul ou de quelques-uns de ces diagnostics et d'en modifier l'ordre (Pelletier, 2001). C'est l'option choisie par plusieurs chercheurs ayant déjà travaillé avec ce modèle (Heywood *et al.*, 1996 ; Makrides *et al.*, 1997 ; Mann *et al.*, 1989 ; Tamblyn *et al.*, 1994 ; Wright *et al.*, 2006). C'est aussi l'option que nous avons retenue compte tenu du temps et de ressources disponibles pour la réalisation de ce mémoire. Ainsi donc, nous nous limiterons aux diagnostics éducationnel et organisationnel de la première phase d'application (*Precede*) du modèle, qui sont les deux diagnostics les plus pertinents au regard des objectifs poursuivis par notre étude.

### **2.3.1. Les diagnostics éducationnel et organisationnel**

Les diagnostics éducationnel et organisationnel visent à repérer les facteurs affectant l'action d'un être humain. Green et Kreuter (2005) en distinguent trois : les facteurs « prédisposants », « facilitants » et de « renforcement ».

#### Les facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants, tels que conceptualisés par le modèle *Precede/Proceed*, sont directement associés aux motivations d'un individu et à ses aptitudes professionnelles. Par exemple, pour notre étude, ils réfèrent à l'expérience du médecin et modulent, avant même qu'un jeune adulte aux prises avec un problème de santé mentale se présente dans son cabinet, son inclinaison à prescrire ou non des antidépresseurs. Dit autrement, il s'agit de « *facteurs qui nourrissent le rationnel ou la motivation du comportement* » (Green *et al.*, 2005, p.25).

Les facteurs prédisposants comprennent les dimensions cognitives et affectives<sup>10</sup>. Aux fins de cette étude, nous explorerons ce type de facteurs à partir de nos observations sur l'aisance du médecin à traiter des problèmes de santé mentale. On considérera également sa formation et ses connaissances particulières en santé mentale ainsi que ses croyances et ses

---

<sup>10</sup> On peut associer ces dimensions aux verbes suivants : savoir, sentir, croire, valoriser, performer, et d'autres encore.



valeurs lorsqu'il est question des problèmes de santé mentale et de leur traitement par antidépresseurs. Enfin, l'influence des facteurs sociodémographiques tels que le statut socioéconomique, l'âge, le sexe et le niveau d'éducation sera intégrée à cette catégorie de facteurs. Nous nous intéresserons également au point de vue plus général des médecins sur les jeunes adultes parce qu'il risque aussi d'influencer les modalités de traitement retenues.

#### Les facteurs facilitants

Les facteurs facilitants sont pour leur part liés à l'environnement dans lequel pratique le médecin. Ils renvoient aussi bien à l'ensemble des ressources sociosanitaires disponibles et susceptibles d'influencer leur choix de traitement qu'au temps dont ils disposent pour rendre leur diagnostic et conclure la consultation. Il peut aussi s'agir de consignes de travail limitant leurs possibilités d'action, de programmes ou de politiques régissant leurs activités cliniques, etc. En somme, comme le qualificatif « facilitant » l'indique, il s'agit de facteurs favorisant le choix de l'option retenue.

#### Les facteurs de renforcement

Les facteurs de renforcement réfèrent aux réactions émotives, physiques ou sociales engendrées par l'option choisie par le médecin de traiter ou non le jeune adulte par antidépresseurs. Selon Pelletier (2001), ces facteurs comprennent, par exemple, les réactions positives ou négatives que crée dans l'entourage du médecin le fait de prescrire des antidépresseurs, ici à de jeunes adultes. Les facteurs de renforcement incluent également les attitudes, les valeurs et les attentes des jeunes qui viennent consulter ainsi que celles de leurs proches ou de leurs pairs. À cela s'ajoutent les rétributions financières ou symboliques liées au choix du traitement sélectionné ou, au contraire, ses conséquences négatives ou punitives. Il peut être question ici de l'insatisfaction du patient, par exemple, ou de celle des gestionnaires d'établissement.

Pour conclure cette section, nous estimons que ces diagnostics fournissent les outils nécessaires pour répondre à notre objectif initial de cerner les facteurs non médicaux considérés par les médecins de famille dans leur choix de traiter ou non par antidépresseurs des jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale. Les trois types de facteurs

qu'ils conceptualisent (prédisposants, facilitateurs et de renforcement) nous offrent également le cadre nécessaire pour explorer des dimensions plus subjectives, par exemple les caractéristiques personnelles des médecins (intérêt pour la santé mentale, formation, etc.) et les caractéristiques de leurs milieux de pratique. Ils nous permettent également d'explorer leur univers symbolique, leurs idéologies ainsi que l'influence des valeurs et des croyances de la société dans laquelle ils évoluent.

## **Chapitre 3 : Cadre opératoire**

---

Ce troisième chapitre présente les choix méthodologiques privilégiés pour répondre à notre question de recherche : *quels sont les facteurs qui prédisposent, facilitent et renforcent l'option prise par les médecins de famille de traiter ou non par antidépresseurs des jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale?* Nous discuterons donc, dans l'ordre, du type de recherche, de la population à l'étude, du processus d'échantillonnage, de la grille d'entrevue, de l'analyse des données ainsi que des principales considérations éthiques.

### **3.1. Le type de recherche : exploratoire, qualitative et appliquée**

La présente recherche est de nature exploratoire, qualitative et appliquée. Elle est *exploratoire* parce qu'elle s'intéresse à un phénomène peu étudié pour mieux le comprendre. En effet, peu de chercheurs ont jusqu'à ce jour fait porter leurs travaux sur les facteurs modulant l'option prise par les médecins de famille de prescrire ou non des antidépresseurs à de jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale. Ce type de préoccupations aurait pu faire l'objet d'une évaluation à partir d'un devis d'étude à visée étiologique à la condition, toutefois, de restreindre le nombre de variables à considérer. Notre étude se voulait plutôt orientée sur le repérage du plus grand nombre possible de facteurs modulant le raisonnement des médecins. Nous voulions en outre travailler en privilégiant leur point de vue sans limiter de quelque façon que ce soit leur énonciation sur ce qui, selon eux, était susceptible d'intervenir dans leur choix de traitement. Enfin, nous voulions aussi comprendre si leur contexte organisationnel modulait leur pratique et comment. Pour toutes ces raisons, un devis de recherche de type exploratoire apparaissait le meilleur choix (Deslauriers, J.-P., 1991 ; Deslauriers, J.P. *et al.*, 1997).

L'étude est de *type qualitatif*, parce que cette méthodologie est congruente avec les visées exploratoires poursuivies, mais surtout parce qu'elle permet de recueillir tel que souhaité le point de vue des acteurs concernés, ici les médecins de famille. Une recherche de type quantitatif aurait été possible, mais ses exigences auraient limité l'étendue et la profondeur

des informations désirées pour chacun des trois types de facteurs : facilitant, prédisposant et de renforcement.

Enfin, l'étude a des visées d'application. Selon le *Guide pour la construction de mémoire en santé communautaire*, une recherche est appliquée lorsqu'elle est « orientée vers l'atteinte d'objectifs pertinents pour l'action ou la décision. Ce type de recherche joue un rôle de soutien plus ou moins direct à l'amélioration des pratiques ou à l'introduction de changements susceptibles de modifier l'exercice professionnel. Il favorise des recommandations permettant d'introduire des changements ou d'alimenter la réflexion sur l'intervention » (Faculté de médecine et la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, 2006, p.11).

### **3.2. La population étudiée**

La population étudiée est celle des médecins de famille pratiquant en CLSC et en UMF au CSSS de la Vieille-Capitale<sup>11</sup>. Œuvrant en première ligne, les médecins de famille des établissements publics de santé et de services sociaux sont les intervenants les plus souvent consultés par les jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale (Desmarais *et al.*, 2000). Nous avons choisi cette population pour les deux raisons suivantes :

1. Bien que nous souhaitions au départ recruter des médecins de famille provenant tant des établissements publics de santé que des cliniques médicales privées, nous avons réalisé très tôt dans le processus de recrutement que les médecins en clinique privée avaient peu d'intérêt à consacrer une partie de leur temps à une étude pour laquelle ils ne recevaient aucune rémunération. La contrepartie positive est que le fait de focaliser sur les médecins de famille pratiquant en CSSS nous a permis de centrer notre question de

---

<sup>11</sup> Le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale est un établissement public qui assume deux missions telles que décrites dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux : celle de centre local de services communautaires (CLSC) et celle de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À celles-ci s'ajoute une mission universitaire en vertu du statut de centre affilié universitaire (Université Laval) qu'il détient pour la mission CLSC. Le CSSS Vieille-Capitale couvre les arrondissements La Cité, Sainte-Foy-Sillery, Limoilou, Les Rivières (qui inclut Vanier, Duberger, Les Saules et Lebourgneuf) et une partie de l'arrondissement Laurentien (incluant Cap-Rouge, de même que les villes de L'Ancienne-Lorette et de Saint-Augustin-de-Desmaures).

recherche au contexte de pratique que sont les services publics de santé. Nous avons également appuyé ce choix au regard de la littérature révélant que les problèmes de santé mentale sont plus souvent traités dans les services publics de santé que dans les cliniques médicales (Desmarais *et al.*, 2000).

2. Deuxièmement, cela constitue un choix de convenance; l'étudiante responsable de la présente recherche est membre d'une équipe de recherche située dans ce CSSS, et cette proximité a permis l'obtention d'un appui concret pour établir le contact avec les médecins de famille pratiquant dans l'établissement.

### **3.3. Le processus d'échantillonnage et de recrutement**

Pour réaliser l'étude, il a fallu contacter les médecins de famille pratiquant au CSSS de la Vieille-Capitale, en mode CLSC ou UMF. La direction des services professionnels a établi la liste des médecins travaillant dans les sept CLSC et les quatre UMF de son établissement. Le directeur des services professionnels a par la suite informé par écrit chacun des médecins ciblés de la réalisation de l'étude et les a invités à participer au projet. Par la suite, les médecins de famille ont été choisis au hasard et contactés dans les unités sélectionnées. Nous avons cependant priorisé la constitution d'un échantillon diversifié, composé d'autant d'hommes que de femmes, et des médecins d'âge différent.

Comme on peut l'observer au tableau 1, douze médecins ont accepté de collaborer à l'étude, soit cinq hommes et sept femmes. Six travaillent en CLSC, six dans les UMF. Dans ce dernier groupe, notons que trois travaillent dans des UMF situées en milieu hospitalier tandis que les trois autres travaillent dans des UMF localisées dans les CLSC. La volonté de rencontrer chacun des médecins échantillonnés et le peu de disponibilité qu'ils ont à offrir sont les principaux motifs expliquant que notre échantillon se soit limité à douze d'entre eux. Le tableau 1 rend compte de leur distribution selon le sexe et les établissements de rattachement :

**Tableau 1 : Répartition des médecins, selon l'établissement de rattachement et le sexe**

	Médecin de famille en CLSC	Médecin de famille en UMF dans un centre hospitalier	Médecin de famille en UMF dans un CLSC	Total
<b>Homme</b>	1	3	1	5
<b>Femme</b>	5	0	2	7
<b>Total</b>	6	3	3	12

### **3.4. Le recueil d'information : l'entretien semi-dirigé**

L'entretien semi-dirigé est la technique de recueil d'information que nous avons retenue. Selon Poupart (1997), l'entretien de type qualitatif s'impose parmi les meilleurs outils d'information pour comprendre les réalités sociales, mais, surtout, l'expérience des acteurs interrogés. Comme il a été mentionné plus tôt, l'étude de facteurs modulant le choix des médecins de famille de prescrire des antidépresseurs à de jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale suppose de laisser ces médecins raconter leur démarche à leur façon. Cela exige de recourir à un instrument qui favorise l'atteinte de cet objectif en leur laissant une grande liberté d'expression. L'entretien semi-dirigé offre donc au chercheur comme à l'informateur la marge de manœuvre nécessaire pour aborder une question aussi complexe que celle du recours aux antidépresseurs dans le traitement de jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale (Quivy *et al.*, 1995).

Un certain nombre de thèmes ont été au préalable déterminés (voir annexe 1). Pour une large part, ceux-ci étaient inspirés des trois catégories de facteurs du modèle *Precede/proceed*, soit les facteurs facilitants, prédisposants et de renforcement. Notre schéma d'entrevue comportait au total sept questions semi-ouvertes. Pour chacune d'elles, une liste de sous-thèmes à discuter avait aussi été identifiée de manière à relancer, si nécessaire, la discussion. En procédant ainsi, nous nous assurons de pouvoir recentrer l'entretien sur les objectifs de l'étude tout en laissant une grande liberté de parole aux médecins.



Les entretiens ont été réalisés par l'étudiante-chercheuse. Les médecins de famille ayant accepté de participer à l'étude ont choisi le lieu et le moment de l'entretien. Chacun d'eux a été rencontré une seule fois pour une période variant de 30 à 45 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés, leur durée totalisant un peu plus de sept heures.

### **3.5. La méthode d'analyse des données**

L'information amassée a fait l'objet d'une analyse de contenu, ce qui offre « *la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité* » (Quivy et al., 1995, p.230). Pour procéder à l'analyse du matériel recueilli, nous nous sommes largement inspirés de l'ouvrage de René L'Écuyer, *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu* (1990).

Les données amassées ont été analysées en suivant les étapes suivantes :

1. Pour faciliter l'examen de l'information colligée et élever sa valeur interprétative, nous avons d'abord procédé à la retranscription intégrale des entretiens;
2. Une fois les entretiens retranscrits, ceux-ci ont été lus à plusieurs reprises de manière à s'en « imprégner ». Ces lectures successives ont permis d'établir un portrait d'ensemble des données récoltées, d'en dégager des thèmes généraux et d'élaborer une première liste d'énoncés susceptibles d'être utilisés à l'étape de la catégorisation;
3. À partir des thèmes généraux de la première liste d'énoncés, des unités de sens ont été dégagées;
4. Ces unités de sens ont par la suite été découpées en catégories recoupant les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement tel que proposé par le modèle *Precede/proceed*. À partir d'un premier classement de l'information autour de ces trois grandes catégories, des sous-catégories ont été établies de manière à raffiner le contenu et les sens de l'analyse;

5. Les catégories et sous-catégories ont par la suite été dénombrées afin d'apprécier l'importance prise par certains thèmes.

Soulignons que le logiciel *NVivo 2* a soutenu toutes les étapes relatives au traitement et à l'analyse des informations obtenues dans le cadre des entretiens.

### **3.6. Les considérations d'ordre éthique**

Cette recherche a été conduite en respectant les règles éthiques en vigueur pour la recherche sur des sujets humains. Dans un premier temps, le projet a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de l'Université Laval le 15 décembre 2006 (Numéro d'approbation : 2006-255). Il a été *ipso facto* approuvé par celui du CSSS de la Vieille-Capitale, les deux comités partageant une entente inter-établissement.

Par ailleurs, lors du recrutement des médecins, les grandes lignes du projet leur ont été succinctement présentées dès le premier contact téléphonique. Puis, au début de l'entretien, les objectifs de la recherche, les questions de recherche, les éléments principaux du cadre conceptuel ont été à nouveau présentés, mais cette fois de manière beaucoup plus détaillée. Lorsque le médecin acceptait de participer à la recherche, il signait deux exemplaires du formulaire de consentement et en conservait un (voir annexe 2). Les exemplaires additionnels sont regroupés à la demeure de l'étudiante jusqu'à la fin de la recherche, soit au dépôt final du mémoire, après quoi ils seront détruits.

Enfin, pour assurer la confidentialité des répondants et des renseignements fournis, les mesures suivantes ont été prévues : exception faite des formulaires de consentement, les noms des médecins n'apparaissent nulle part; pour classer les entretiens et les exploiter, un code numérique a été utilisé pour dénominaliser le matériel, une procédure qui sera conservée si le mémoire donne lieu à d'autres publications. Si d'autres noms étaient mentionnés durant les entrevues, ils ont également été dénominalisés. Les enregistrements sur cassette ont été rangés en lieu sûr et seront détruits à la fin de la recherche (septembre 2008). Un mot de passe est requis pour accéder au dossier informatique contenant les informations produites au cours du présent projet de recherche.

## **Chapitre 4 : Les résultats**

---

Ce chapitre abordant les résultats de la recherche se divise en deux sections. La première, faisant office de préambule à la seconde, réunit certaines observations des médecins utiles à la compréhension des résultats de la recherche. Il sera notamment question de la perception qu'ont les médecins de famille de la situation des jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale ainsi que de leur positionnement quant à leur démarche diagnostique. La deuxième section présentera le cœur de ce mémoire, c'est-à-dire les facteurs qui, selon les médecins rencontrés, modulent leur choix de prescrire ou non des antidépresseurs à de jeunes adultes. Les résultats ont été classés selon les catégories du modèle utilisé, soit en facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement.

### **4.1. Préambule**

#### **4.1.1. *La perception des médecins de la réalité des jeunes adultes souffrant de problèmes de santé mentale***

Pour la majorité des médecins de famille, les causes des problèmes de santé mentale chez les jeunes adultes sont multiples. Pour eux, ces problèmes relèvent à la fois de dysfonctionnements biologiques, occasionnés par une vulnérabilité au plan génétique, et de difficultés au plan de l'adaptation sociale. Par exemple : « *Les causes, eh bien, il y a un problème génétique. Il y a les dysfonctions familiales de plus en plus. Il y a moins de familles unies, des familles éclatées, les familles reconstituées. J'en oublie probablement, mais il y a une grosse part de génétique* » [49].<sup>12</sup>

En plus de la dimension familiale mentionnée précédemment, des difficultés affectives, plus spécifiquement l'impact des ruptures amoureuses est rapporté par les médecins. À cela s'ajoutent des préoccupations d'ordre professionnel chez les jeunes adultes. La carrière actuelle ou future constitue une source de stress et d'épuisement, spécifiquement chez les femmes. Le cumul du travail et des études est également un élément relevé par les médecins comme étant à l'origine de problèmes de santé mentale. Les étudiants vivent

---

<sup>12</sup> Les numéros insérés entre les crochets représentent les codes numériques servant à dénominaliser les extraits retenus dans le texte.

aussi du stress lié à la fois à la performance scolaire et à la précarité financière, leurs revenus provenant souvent exclusivement de l'*Aide financière aux études*. De plus, selon un médecin, de nombreux jeunes adultes ne peuvent se permettre de ralentir leur cadence compte tenu de leurs conditions financières précaires : « *Bon, je ne peux rien arrêter!* » *Tsé, on veut leur faire arrêter des choses parce qu'ils sont en train de craquer de toutes parts, pis ils ne peuvent rien arrêter* : « *Mais si je lâche ma job, pis là, pis mon loyer, pis comment je vais faire, pis là demander de l'aide à mes parents, mais vous y pensez pas!* » [53].

Par ailleurs, l'augmentation de la toxicomanie, voire de la polytoxicomanie<sup>13</sup> chez les jeunes adultes, est un élément déclencheur identifié par les médecins : « *La consommation est pas mal répandue, banalisée, et comme disent souvent les gens qui travaillent en toxicomanie «on a plus le cannabis qu'on avait, il est concentré beaucoup, ça rend les gens amorphes» ! Bon, c'est sûr qu'il y a plus de consommation de cannabis et c'est sûr que ça peut influencer. Et ça peut faire sortir, à mon avis, des pathologies de la sphère psychiatrique plus vite* » [49]. La consommation de drogue, décrite comme étant plus importante chez les jeunes hommes, est perçue comme une forme d'automédication. De plus, un des médecins observe chez sa clientèle masculine une grande instabilité, voire plus d'itinérance, en plus d'une certaine immaturité : « *Quand on est au début de la vingtaine et [on est] excessif pis des fois il y a des problèmes de drogues, de toxicomanie, de consommation qui sont rajoutés à ça. Des fois, ils vivent leur premier gros stress de leur vie, pis ils ne savent pas comment réagir* » [32].

Plusieurs médecins notent d'autres particularités propres aux jeunes adultes. Tout d'abord, le caractère fluctuant de leurs problèmes socio-affectifs : « *Les jeunes, c'est plus difficile, [...], ça peut être une rupture amoureuse, pis là, ils sont tout à l'envers, pis là on pense que c'est une vraie dépression, pis finalement, ils viennent deux jours après, pis là c'est plus ça du tout* » [25]. Un des médecins signale également l'aspect non-chronicisé des problèmes de santé mentale chez ce groupe d'âge : « *Les problèmes, ils sont très malléables aux*

---

<sup>13</sup> Cela peut toutefois représenter un des biais de l'étude qui a été réalisée dans les quartiers centraux de la ville de Québec.

*jeunes souvent. Tsé, ils vont avoir quelques rencontres, pis des fois, ça va comme tout de suite débloquer pis ils vont voir des pistes de solutions rapidement. Quand qu'on a des personnes plus âgées, des fois, les problèmes avec les années se sont chronicisés, se sont cristallisés. C'est des gens qui ont développé des traits de personnalité plus rigides, beaucoup moins de souplesse » [32].*

Enfin, des médecins mentionnent le manque de connaissance de soi chez les jeunes. Par conséquent, ils ont de la difficulté, d'une part, à communiquer les manifestations de leur malaise et d'autre part, à identifier les éléments déclencheurs de leur détresse. Les jeunes adultes ont parfois du mal à reconnaître l'origine psychologique de leur problème. Par exemple, ils se présentent parfois chez le médecin avec une plainte de fatigue et associent rarement leur état à de la détresse psychologique.

#### **4.1.2. La démarche diagnostique face aux problèmes de santé mentale des jeunes adultes**

La plupart des médecins affirment approcher les problèmes de santé mentale de manière systématique, c'est-à-dire dans une perspective médicale, basée sur la reconnaissance des symptômes et la prise en considération de leur sévérité et de leur gravité. Les outils diagnostiques, plus particulièrement l'utilisation du *DSM-IV-TR*, sont rapportés par la majorité des médecins comme principaux guides dans leur choix de traiter ou non par antidépresseurs. Les médecins rencontrés disent prescrire des antidépresseurs à de jeunes adultes lorsque le diagnostic s'y prête ou que les symptômes sont « handicapants ». Pour cette raison, ils ne considèrent pas les jeunes adultes comme un groupe d'âge pour lequel il soit pertinent de modifier leur démarche : « *Bien, le critère diagnostic, ça reste toujours pareil!* » [25]. Voici un exemple de cette procédure :

*Je fais vraiment la revue des symptômes. Alors le sommeil, l'appétit, s'il y a une perte de poids, la question de la fatigue, de l'énergie, la concentration, l'humeur, la capacité d'avoir du plaisir, les sentiments de dévalorisation, les idées suicidaires aussi évidemment qu'on va chercher, avec ou sans plan. [...] C'est vraiment mes éléments clés. Et c'est vraiment les critères pour débiter un antidépresseur, normalement, si on se fie au DSM, c'est les symptômes quotidiens pendant deux semaines consécutives, et normalement il faut avoir au moins cinq*



*symptômes, je crois, je ne me rappelle pas si c'est cinq ou six, en tout cas, peu importe [32].*

Bien que la plupart des médecins interrogés fassent mention d'une utilisation assidue du *DSM-IV-TR*, nombre d'entre eux soulignent cependant les limites de cet outil. Par exemple, pour un médecin son utilisation est davantage pertinente pour les jeunes adultes plus âgés, par exemple ceux de 22 ans et plus, dont les symptômes se conforment davantage aux critères établis dans ce manuel. Elle mentionne que pour ceux plus jeunes, elle tend à faire preuve d'une plus grande souplesse : « *Comme je vous dis, moi dans ma pratique, je suis obligée de prendre le DSM-IV et l'adapter à ma clientèle, l'adapter aux clientèles de 18 ans. Si quelqu'un rentre dans tous les critères, trois des quatre critères, tout ça, ça ne veut pas dire que tu fais une dépression. Il y a quand même mon jugement, mon feeling. C'est un peu plus, le DSM-IV c'est un guide, mais je n'applique jamais à la lettre, il faut y ajouter notre jugement* » [90]. Un autre répondant critique la rigidité de cet outil de référence, plus particulièrement ses indications au plan de la durée des symptômes : « *Les critères du DSM-IV, la définition, c'est deux semaines. Moi j'ai un gros problème avec ça. S'il fallait attraper tout le monde qu'après deux semaines qui ont des symptômes qui correspondent à une dépression majeure. Moi, je ne comprends pas pourquoi que c'est aussi court que ça* » [49].

Comme plusieurs de ses pairs, un médecin précise qu'en plus d'étudier les symptômes du patient, il évalue également son niveau de fonctionnement, par exemple s'il travaille toujours et continue à vaquer à ses occupations. Un autre utilise l'expression « *continuum* » pour qualifier sa démarche puisque sa façon d'intervenir dépend moins des symptômes observés que d'où le jeune adulte se situe dans son cheminement, son niveau d'organisation et de fonctionnement. Il dit regarder également la motivation et les ressources du patient, tant personnelles que celles qui lui sont disponibles extérieurement, par exemple s'il dispose d'un soutien de son entourage.



## **4.2. Les facteurs selon les catégories du modèle *Precede/Proceed***

### **4.2.1. Les facteurs prédisposants**

Les facteurs prédisposants sont directement associés aux caractéristiques personnelles du médecin et peuvent moduler, avant même la consultation, leur choix de prescrire ou ne pas prescrire. Pour cette catégorie, il faut retenir que les répondants ont été *a priori* hésitants à s'exprimer sur les facteurs non médicaux susceptibles de les influencer; ils ont fourni peu d'informations quant aux facteurs plus subjectifs agissant sur leur choix. Cependant, les résultats permettent de dégager des éléments personnels façonnant «globalement» leur démarche décisionnelle quant à l'établissement du plan de traitement.

#### *Le positionnement des médecins face à l'utilisation des antidépresseurs; une confiance prudente*

La plupart des médecins rencontrés se sentent à l'aise avec la prescription d'antidépresseurs à de jeunes adultes. Ils se considèrent pour la plupart comme des prescripteurs « *moyens* » ou « *dans le juste milieu* » [32].<sup>14</sup> Ils disent prescrire lorsque les symptômes d'un problème de santé mentale sont présents. Plusieurs d'entre eux considèrent toutefois essentiel d'associer le traitement par antidépresseurs et la psychothérapie. Pour deux médecins, la médication ne pallie pas au traitement psychothérapeutique, tandis que chez un autre, la prescription d'antidépresseurs s'accompagne toujours d'une demande de suivi psychologique. Un médecin affirme qu'une des grandes qualités de l'usage des antidépresseurs est de rendre les patients plus réceptifs à la psychothérapie :

*Bien, moi je n'ai pas peur des antidépresseurs. Je trouve qu'on a beaucoup d'avantages à les utiliser ne serait-ce que pour diminuer le niveau d'anxiété qui fait que ces gens-là sont souvent en panique et puis ont de la misère à avoir cette capacité d'introspection nécessaire en psychothérapie. Alors, ils sont en panique et puis ils auraient de la difficulté à profiter d'une psychothérapie qui est indispensable aussi, parallèlement à l'indication. Ça fait que la médication aide cette disponibilité-là, je dirais [53].*

---

<sup>14</sup> Cependant, un médecin mentionne que sa perception de cette « moyenne » peut être faussée n'étant pas nécessairement au fait du profil de prescription de ses collègues, cela étant des actes plus souvent confidentiels. Il semble en effet peu connaître la pratique de ses collègues et n'a par conséquent aucun mécanisme de comparaison.

Bien que la plupart des médecins témoignent d'une confiance en l'efficacité des antidépresseurs, ils expriment néanmoins des préoccupations face à leur surprescription : « *Je pense vraiment qu'il y a peut-être un abus de prescriptions qui sont données pour X raisons. Ça peut être par manque de temps, je pense vraiment qu'il y a des gens qui n'ont peut-être pas besoin d'antidépresseurs qui se promènent avec des antidépresseurs, malheureusement* » [46]. Un autre évoque le fait que des patients, ayant préalablement consulté en clinique médicale, se présentent à son bureau pour obtenir une seconde opinion à savoir si leur état psychologique justifie une prescription d'antidépresseurs :

*Mais moi, ce que j'ai vu, c'est des patients qui ont rencontré un médecin, qui se sont fait prescrire un antidépresseur et qui sont venus au CSLS dans un deuxième temps, ils avaient encore leur papier en main, pis là, ils m'ont dit : « Bien là, j'ai été cinq minutes dans le bureau pis je suis sortie avec ça. » Bon, évidemment, ils ne sont pas allés à la pharmacie, ils ne l'ont pas acheté, pis ils ne sont pas retournés voir le médecin. Et ils sont en détresse et ils ont besoin de renseignements [32].*

D'autres médecins expriment leurs craintes face aux effets secondaires des antidépresseurs, par exemple, la possibilité d'augmentation des idéations suicidaires chez les très jeunes adultes. D'autres parlent particulièrement des risques liés aux nouvelles générations d'antidépresseurs, qui à leur avis sont encore méconnus au plan scientifique : « *[C] 'est vrai qu'on prescrit beaucoup d'affaires nouvelles en se disant : « heille c'est neuf pis c'est... », dans le fond, ça n'a pas été étudié depuis super longtemps. Là, ça m'a comme fait dire : « ouin, tsé, les médicaments, il faut peut-être faire attention, dans le fond », après ça, il y a beaucoup d'histoires qui ressortent pour Viox pis tout plein de médicaments qu'après coup on se rend compte : « oui, ça causait beaucoup de problèmes » [25]. Enfin, un dernier affirme que s'il advenait qu'un médecin propose la prise d'antidépresseurs à un de ses propres enfants, elle serait réticente et favoriserait d'abord les mesures non pharmacologiques et la mise en place d'un soutien psychologique, en plus de valoriser le soutien de la famille, des proches et des amis.*

L'intérêt porté aux problèmes de santé mentale et aux questions relatives à la médication; déjà manifeste ou alors incontournable

Plusieurs médecins de famille témoignent de leur intérêt particulier pour la santé mentale. Un médecin affirme d'ailleurs avoir eu un penchant pour les questions relatives à la santé mentale et à la médication depuis le tout début de sa formation. Pour elle : « [...] *c'est comme un peu dans ma branche. C'est un intérêt. Donc, c'est sûr que je vais aller à de la formation continue là-dedans. C'est quelque chose qui me plaît là. Donc, c'est peut-être pour ça aussi que j'en vois un petit peu plus aussi* [46]. Pour cette raison, elle remarque que plusieurs collègues lui réfèrent des patients ayant des problèmes de santé mentale.

De la même façon, un médecin de famille explique que dans son milieu de pratique, elle est perçue comme un « aimant », une force d'attraction pour les cas de santé mentale. Elle explique cela par son intérêt personnel, mais également par sa curiosité et sa volonté de comprendre en profondeur ce type de problème. Cette curiosité se transpose selon elle dans une attitude plus réceptive face aux patients et à leur détresse : « *Mais oui, c'est sûr que ça m'intéresse, pis tsé, c'est sûr que tu peux avoir une attitude que [par exemple] quand tu es au sans rendez-vous, tu le vois bien des fois que la personne est déprimée ou qu'elle a d'autres choses, pis t'as pas le goût de creuser, pis tu ne le sauras pas. Je n'ai peut-être pas cette attitude-là. Oui, peut-être un peu plus. Quand je sens qu'il y a quelque chose, je vais peut-être aller essayer de le chercher* » [25].

Deux médecins estiment pour leur part que leur relative assurance dans la prescription d'antidépresseurs relève de traits de personnalité et d'une confiance dans la justesse de leurs intuitions; ils se considèrent sensibles face aux problèmes de santé mentale et donc mieux équipés pour déterminer si un traitement par antidépresseurs est justifié : « *Bien, en fait, je dirais dans ma personnalité [...], c'est un genre d'intuition, dépister la souffrance, sentir la souffrance, moi je suis comme très sensible à ça, pis la souffrance artificielle ne m'atteint pas. Mais la vraie souffrance, en général, je la sens, beaucoup* » [56].

En revanche, un médecin admet son désintéressement pour ce champ au tout début de carrière, mais reconnaît avoir développé un intérêt au fil des ans. Il explique que d'être confronté quotidiennement à une clientèle vivant de plus en plus de détresse psychologique

a stimulé son intérêt, tout en bonifiant ses compétences décisionnelles quant au choix de traitement.

### L'ancienneté et l'expertise acquise; des atouts

La plupart des médecins estiment que leurs caractéristiques sociodémographiques influencent peu leur manière de prescrire des antidépresseurs à de jeunes adultes, ou plus globalement, d'intervenir auprès de cette clientèle.<sup>15</sup> Un médecin observe toutefois que les médecins plus jeunes ont tendance à être plus « *interventionnistes* », donc plus actifs sur la prescription [30]. En revanche, deux médecins remarquent que les médecins de sexe masculin, d'un certain âge et œuvrant en cliniques médicales semblent prescrire plus rapidement : « *Non, je ne devrais pas dire ça, parce que ce n'est pas vrai que tous les vieux médecins sont de même, mais, il y a des médecins qui suivent moins de formations continues, pis je pense qu'ils se laissent plus influencer, justement, par les représentants ou par les affaires*» [25].

Bien que la plupart des médecins affirment que les caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas leur manière de prescrire, nombreux sont ceux qui mentionnent l'importance du nombre d'années de pratique et de l'expérience clinique. Pour ce médecin : « *Bien, je me sens plus à l'aise, c'est certain qu'on prend de l'expérience pis qu'on prescrit plusieurs médicaments pis qu'on est à l'aise avec certaines molécules, on s'attend aux effets secondaires, tsé, on le sait plus. Ça fait que oui, je suis plus à l'aise*» [25]. Plusieurs admettent ouvertement qu'au début de leur carrière, ils se sentaient moins armés et compétents à gérer la détresse psychologique de leurs patients. Ils se considèrent aujourd'hui plus expérimentés pour intervenir auprès d'eux et leur prescrire au besoin des antidépresseurs. Un médecin reconnaît d'ailleurs que ce n'est qu'en pratiquant qu'elle a pu comprendre ce que sont les problèmes de santé mentale et comment intervenir dans une

---

<sup>15</sup> Tel que mentionné dans le troisième chapitre, douze médecins ont été interrogés dont cinq hommes et sept femmes. L'âge des médecins de famille varie de 33 ans à 58 ans. Le nombre d'années de pratique pour les hommes est plus élevé que chez les femmes, donc de 29 années de pratiques comparativement à 14 années de pratique chez les femmes. Au total, les personnes rencontrées, tout âge et sexe confondus, ont en moyenne 46 ans et 20 années de pratique.

telle situation. Ainsi, plusieurs indices laissent croire que plus les médecins acquièrent de l'expérience, plus ils prennent confiance dans leur jugement relativement à la prescription.

#### **4.2.2. Les facteurs facilitants**

Les facteurs facilitants sont liés à l'environnement et au cadre dans lequel pratiquent les médecins de famille. À la différence des facteurs prédisposants, ces facteurs réfèrent aux éléments concrets et extrinsèques susceptibles d'agir sur la décision relative à la prescription d'antidépresseurs à de jeunes adultes.

##### *La pratique en CLSC; les médecins moins contraints par l'obligation de rendement*

Le milieu de pratique est un élément qui semble moduler la démarche des médecins face à la prescription de médicaments. À ce titre, plusieurs ont mentionné qu'exercer la médecine familiale en CLSC leur donne l'impression de ne pas subir de pression quant à leur rendement. Ils perçoivent positivement leur environnement de travail, ce qui, à leur avis, modulerait de manière indirecte leur façon de prescrire des antidépresseurs à leur clientèle. Un médecin fait toutefois exception et affirme que le milieu de pratique n'a aucune incidence sur le choix du traitement; la prescription demeure un acte médical neutre, qui dépend uniquement des symptômes présentés par le patient.

Afin d'expliquer les raisons sous-jacentes à leur choix de travailler en CLSC, bien des médecins se comparent à leurs pairs pratiquant en clinique médicale privée. À ce titre, l'un d'entre eux témoigne de sa conception de la pratique privée et de l'importance de choisir son milieu de travail. De toute évidence, cela a constitué pour lui un choix de carrière important :

*Bien, en fait, moi je n'irai jamais en clinique privée, pis je n'ai jamais été en clinique privée pis je n'irai jamais en clinique privée parce que c'est un environnement qui m'irrite. Moi, une histoire de clic-clic-clic, bon vite-vite-vite, pis avoir la salle d'attente bien pleine. Il y a plusieurs médecins qui disent à leur patient, vous me parlez d'un problème par visite! [...] En tout cas, moi c'est un environnement que je déteste au plus haut point, par les feed-back que j'ai entendus, puis non, j'ai fait le choix il y a plusieurs années d'être ici [32].*



Cela dit, plusieurs médecins pratiquant en CLSC critiquent le principe du « *Sans rendez-vous* ». Dans un tel contexte d'urgence, qui s'apparente à celui des cliniques médicales, il est souvent difficile pour eux d'établir un diagnostic et de décider du cheminement thérapeutique : « *C'est un peu agaçant quand on est au sans rendez-vous, c'est que souvent, nous, on ne peut pas les revoir, donc, c'est embêtant d'envoyer quelqu'un dans la nature avec des médicaments sans savoir qu'est-ce qui se passe après* » [56]. Pour ce même médecin, le contexte de pratique en CLSC pourrait être meilleur en ayant moins de patients en attente. Selon lui, cela améliorerait son évaluation et sa compréhension de la souffrance des patients tout en augmentant la confiance que ces derniers ont envers lui et les chances d'observance de la médication. Cela dit, il conclut que sans évoluer dans le contexte de pratique idéal, il se considère relativement favorisé s'il se compare aux médecins pratiquant en clinique privée.

#### *La pratique en UMF; la « réflexivité » dans la pratique*

Pour plusieurs médecins pratiquant en UMF, le fait de travailler dans un milieu d'enseignement leur donne une confiance supplémentaire face aux problèmes de santé mentale. Trois médecins de famille expliquent que les liens avec les étudiants et les questions de ces derniers auxquelles ils doivent répondre ont une incidence indirecte sur leur manière de traiter. Un d'entre eux mentionne qu'à la suite des activités de formation et de supervision qu'il doit offrir à ses résidents, il devient lui-même plus attentif aux problèmes de santé mentale et plus vigilant dans sa manière de prescrire. Ainsi, les questionnements des étudiants l'amènent à réfléchir sur sa propre pratique; il s'agit pour lui d'un exercice réflexif découlant des supervisions :

*Oui, surtout avec les étudiants, ils posent beaucoup de questions. Puis quelque part, c'est teinté par notre propre expérience pis, des fois même, il y a des préjugés qui ressortent tout ça. [...] J'ai l'impression que la plupart, on le fait... une certaine approche introspective, oui avant de prescrire. [...] Définitivement, c'est formateur pour moi aussi. Les échanges. Ça me fait réfléchir aussi puis, encore, à faire plus attention là, [...] Ça nous amène à penser [46].*

Un autre médecin mentionne que son rôle de superviseur l'incite à réfléchir sur la symbolique associée à l'acte de prescrire : « *Quand on introduit une médication, il y a un*



*élément symbolique dans le fait de donner une médication. On peut donner une médication pour se débarrasser du patient comme on peut donner une médication pour le nourrir, ou pour le rassurer » [79].*

Pour un médecin, ces échanges rapportent autant aux étudiants qu'aux médecins-enseignants, et cela leur permet de remettre en question leur propre démarche et d'être plus attentifs, voire critiques à l'endroit de leurs collègues : *« Pis il nous parlait d'un autre cas qu'il avait vu pis que ça duré deux trois semaines pis après ça, c'était rien qu'un trouble d'adaptation. Mais le médecin qui avait évalué avait commencé des antidépresseurs, mais tsé, après une semaine d'antidépresseur pis le patient est correct, ce n'est probablement pas une dépression. C'est des discussions comme ça, beaucoup plus avec les résidents » [46].* Pour un médecin, le fait de pratiquer en UMF accroît l'importance d'être un modèle, un exemple pour les résidents.

Enfin, un médecin fait état de sa formation comme résidente au sein d'une UMF ayant une spécialisation en santé mentale. Elle reconnaît que l'expérience de ce contexte de pratique lui a été utile, autant au moment de sa résidence qu'aujourd'hui, en tant que médecin puisqu'elle y exerce encore aujourd'hui :

*En tout cas, je dis ça pour moi, personnellement, je trouve que ma formation, ils m'ont sensibilisée beaucoup. [...] Je trouve que j'étais assez outillée quand je suis arrivée en région par rapport à la santé mentale. En tout cas, j'avais ce sentiment-là. Ça fait du bien quand tu as une certaine confiance [46].*

#### *Le temps de consultation; une latitude essentielle pour les médecins*

Le temps de consultation adéquat est un élément modulant la disposition des médecins de famille face aux problèmes de santé mentale. Pour eux, cela est indispensable pour établir un diagnostic juste : *« Bien quand on a plus de temps, on peut discuter, pis on a plus de temps de faire le tour, de faire un bon diagnostic, de faire un bon suivi. C'est sûr que quand on a moins de temps, je pense qu'on peut être plus rapide sur la prescription » [25].* Pour l'un d'entre eux, cela rend possible l'adoption d'une approche « cas par cas » nécessaire à la compréhension des problèmes de santé mentale. Pour lui, il s'agit de considérer et d'évaluer de manière individuelle l'état de chacun de ses patients pour

déterminer la forme que prendra le traitement. En présence de jeunes adultes, un autre affirme chercher à comprendre en profondeur les éléments déclencheurs qui causent la détresse psychologique avant de prescrire. Il souhaite ainsi s'assurer qu'il n'y a pas de comorbidité, que ce soit des troubles oppositionnels ou de personnalité, ce qui lui demande beaucoup de temps.

Pour un médecin, un temps de consultation adéquat lui permet de « décoder » ce qui motive ses jeunes patients à consulter : « *Un patient peut te dire telle chose, bien là il faut que tu le doses un peu. Si le patient te dit qu'il ne dort pas, il faut que tu regardes : « Qu'est ce que vous voulez dire que vous ne dormez pas ». Tu peux avoir des réponses bien variables. Ils en a qui ne dormiront pas de la nuit, il y en a que c'est juste une couple d'heures. Il y en a que c'est parce qu'il y a du bruit dans l'environnement, etc. Il faut faire les nuances* » [49]. Pour d'autres, cela donne la possibilité aux jeunes adultes d'exprimer leurs « vrais besoins » et de mieux les connaître. À cet égard, certains médecins expliquent que disposer de ce temps leur permet tout simplement d'améliorer les rapports qu'ils entretiennent avec leurs patients.

*Le volume de pratique moins élevé et le suivi à long terme : bénéfiques tant pour les médecins que pour leurs patients*

Plusieurs médecins de famille reconnaissent qu'un volume de pratique moins élevé leur permet d'affiner leur diagnostic et de décider de manière plus éclairée si une prescription d'antidépresseurs est justifiée. Un médecin parle ainsi de l'importance d'un « *suivi longitudinal* » pour éclaircir et préciser l'état psychologique du patient et, ensuite, lui faire accepter, le diagnostic et la prise d'une médication [56]. À cet égard, un autre explique qu'il lui arrive rarement, même si cela est possible, de prescrire dès la première consultation. Il dit sentir le besoin de revoir d'abord son patient à quelques reprises. En situation de crise, il préfère donc opter pour une médication temporaire : « *Parfois dans ce temps-là, si c'est un patient très anxieux qui ne dort pas, peut-être que je vais prescrire quelque chose pour favoriser le sommeil quelques jours, pis là on va se revoir plus tard pour un antidépresseur, parce que ça, c'est vraiment un contrat de six à douze mois quand qu'on s'embarque là-dedans* » [32].

Un médecin mentionne également qu'un volume de pratique moins élevé améliore la qualité du suivi. Par exemple, cela lui permet de garder des plages vacantes dans son horaire dans l'éventualité où un patient en crise ou un suivi d'urgence se présenterait : *« J'ai des rendez-vous cachés. [...] J'allonge mes bureaux. Je fais une journée de plus. Et des rendez-vous à l'infirmière qui voit des gens en difficulté aussi. [...] Moi, je me garde toujours des périodes où je peux revoir un client. C'est juste moi qui donne les rendez-vous dans ces périodes-là, pis il y en a pour l'infirmière »* [90].

Dans une autre perspective, trois médecins mentionnent que la possibilité de rencontrer leur patient à plusieurs reprises permet de mieux superviser la prise de médication. La possibilité de les revoir à intervalles serrés permet d'observer la façon dont ceux-ci réagissent aux effets secondaires, et d'ajuster la médication au besoin. Un médecin exprime aussi l'importance de s'assurer que les patients comprennent bien les raisons sous-jacentes à la prescription d'antidépresseurs et la manière dont ils doivent les consommer, cela dans le but d'augmenter les chances d'observances du traitement. Un autre ajoute que la prise d'antidépresseurs est souvent difficile à accepter par ses patients : *« Et ça permet au patient de mûrir sa réflexion par rapport à la prise de médication ou pas si on en a déjà parlé ou de constater, lui-même ou elle-même que ça s'améliore pas, ça empire ou ça reste pareil. [...] ça aide la personne à cheminer et à plus considérer l'option de prendre une médication »* [49]. Pour un médecin, c'est dans le cadre de ces suivis qu'elle peut *« semer sa graine »*, c'est-à-dire de faire de l'éducation à ses jeunes patients [90]. En somme, pour les médecins, le suivi à plus long terme permet de superviser le traitement, de mieux éduquer le patient et de favoriser l'acceptation du diagnostic et du traitement.

#### Le mode de rémunération à salaire : un impératif

Pour certains médecins, le fait d'être salarié comparativement à être rémunéré *« à l'acte »*, facilite leur approche aux problèmes de santé mentale et simplifie leur démarche relative au choix du traitement. Plusieurs font remarquer que dans leur milieu, ils ressentent peu le *« sentiment d'urgence »* qu'imposent certaines structures organisationnelles, notamment les cliniques médicales. Un médecin croit que le débit accéléré qu'impose la rémunération à l'acte peut teinter la décision de prescrire :

*En privée, il y a probablement une tendance à accélérer le débit et peut-être prendre un petit peu moins de temps pour vraiment évaluer le patient, et puis, effleurer, puis de dire : « oui, je pense que c'est une dépression » puis tout de suite de donner la prescription. Tandis qu'ici, j'ai l'impression que peut-être la plupart des médecins vont prendre un petit peu plus de temps. C'est presque humain la question de la rémunération. Je pense que ça influence [46].*

Pour ce médecin, le mode de rémunération à l'acte représente tout simplement un obstacle à l'offre de soins de qualité :

*À mon avis, ça devrait tomber la rémunération à l'acte. Ça ne favorise pas de prendre soin, pis je l'ai vécu moi-même, heille tu n'as pas le choix. Si tu vois un patient pas heureux dans ton bureau, ferme la clé pis ça presse. Tu n'arriveras pas. T'as des frais pis tout. Ça fait qu'il faut avoir un certain débit. Pis quand tu as des problèmes de santé mentale, la rémunération ne favorise pas ça, pas du tout. Ça, c'est très clair. Alors que nous autres, ici, on travaille à tarif horaire. On passe une heure avec un patient, moi je vais juste être en retard dans mon bureau. Ça c'est une très grosse différence, pis je l'ai vécu moi-même et jamais je ne referais, pas de la santé mentale, du bureau sur rendez-vous à la rémunération à l'acte [...] J'aurais peut-être une tendance à en prescrire un peu plus parce que je me sentrais plus coincé, des fois, peut-être [49].*

#### Le travail en multidisciplinarité et l'accessibilité à une deuxième opinion

Les médecins de famille travaillant en CLSC font l'éloge du travail en multidisciplinarité. Pour l'un d'entre eux, cela représente tout simplement « *une grande qualité de son CLSC !* » [90]. La multidisciplinarité permet l'échange d'information et la possibilité de se consulter mutuellement entre professionnels sur des questions relatives à la médication et à leurs effets secondaires. Cet échange d'informations, rapide et direct, est particulièrement important lorsque le diagnostic d'un patient est difficile à établir, lorsqu'il y a beaucoup d'éléments « stressants » en cause ou lorsqu'il y a une crise aiguë, bref dans des cas moins précis où les médecins ont plus de difficultés à se prononcer sur la prescription d'antidépresseurs. Cette dynamique est également profitable lors des consultations au « *Sans rendez-vous* » où ces situations se présentent régulièrement. Les bénéfices de la multidisciplinarité sont ainsi représentés par l'importance du travail d'équipe et par l'accès à une deuxième opinion sur la médication.

Pour démontrer les avantages du travail en multidisciplinarité, un médecin fait une fois de plus la comparaison avec les cliniques médicales, où elle exerce à temps partiel et où le travail en multidisciplinarité n'est pas orchestré. Elle mentionne que le fait de connaître à peine les autres professionnels avec qui elle pratique rend sa prise de décision relative à la prescription plus difficile; elle ne peut consulter aussi facilement ses collègues. Elle rapporte que le travail en multidisciplinarité est globalement plus profitable, tant pour elle que pour ses patients.

#### L'accès à de la formation continue au sein de l'établissement

L'accès à la formation continue facilite la démarche des médecins de famille quant à l'établissement du plan de traitement. Ces derniers, de manière unanime, mentionnent que les formations leur permettent de se spécialiser sur des thèmes variés pour lesquels ils vivent des difficultés, notamment sur la santé mentale et plus particulièrement sur certaines médications psychiatriques. Cela leur donne une confiance supplémentaire lors des consultations, notamment par la mise à jour de leurs connaissances pharmacologiques.

Plusieurs médecins affirment que ces formations sont déterminantes dans leur développement professionnel et qu'elle pallie aux faiblesses de leur formation médicale. Ils s'accordent à dire que la formation universitaire ne leur a pas permis de développer les aptitudes pour intervenir efficacement face aux problèmes de santé mentale, tant au niveau du diagnostic que de la prescription. Un médecin affirme d'ailleurs ne pas avoir souvenir de formation spécifique en santé mentale à la Faculté de médecine tandis qu'un autre rapporte qu'à sa sortie de l'université, elle se sentait « *bonne à rien* » puisque que son savoir était basé sur des notions plus théoriques que pratiques [25]. Ce commentaire s'applique à l'ensemble de son cursus universitaire, mais au chapitre spécifique de la formation en santé mentale, elle se remémore des cours présentant uniquement les troubles psychiatriques les plus complexes, par exemple les cas de schizophrénie. Elle observe maintenant que dans sa pratique, ce sont davantage des problèmes moins sévères, tels que la dépression mineure et les troubles de l'adaptation qu'elle doit soigner.



Comme l'explique un médecin œuvrant au sein d'une UMF, les formations continues prennent souvent la forme d'enseignement aux étudiants ou à l'inverse, de présentations régulières des résidents. Aussi, un médecin mentionne la visite régulière d'un consultant extérieur venant offrir des formations aux résidents, et qui, par sa pratique et son expérience, transmet son savoir en matière de santé mentale. Il ajoute que ces périodes de formation spécifiques et régulières permettent aux résidents ainsi qu'aux médecins enseignants d'échanger sur les difficultés qu'ils éprouvent et les aident pour aborder le thème de la santé mentale dans leur pratique.

Dans les CLSC, la formation continue est instituée de manière plus informelle. Par exemple des consultants ou des spécialistes en santé mentale, que ce soit d'autres médecins de famille, des psychiatres, des psychologues, des pharmaciens, etc. viennent offrir des formations sur l'heure du dîner afin de partager leur expertise. Un médecin reconnaît toutefois que ces formations étaient plus fréquentes dans les années précédentes, notamment une année ayant eu spécifiquement pour thème la santé mentale. Elle rapporte que cette année-là, des formations étaient offertes sur une base régulière, ce qui favorisait grandement la démarche des professionnels. Par exemple, un médecin-conseil visitait le CLSC près d'une fois par mois pour discuter de certains thèmes, dont les troubles anxieux et la gestion des antidépresseurs.

Tant dans les CLSC que dans les UMF, plusieurs médecins déplorent que ces formations portent rarement sur la détresse psychologique chez les jeunes adultes. Aussi, un médecin explique que ces périodes de formation concernent généralement les indications en rapport au dosage et à la durée de la médication, mais n'abordent pas la philosophie entourant la prescription. Trois médecins mentionnent que les discussions avec leurs pairs portent rarement sur l'éthique de la prescription, alors que ce thème revient fréquemment avec les résidents. De fait, un médecin témoigne du mutisme entre les médecins concernant leur façon de prescrire, selon lui : « *chacun fait son affaire!* » [53]. Deux médecins ont d'ailleurs déclaré ne pas connaître la pratique de leurs collègues tandis qu'un autre admet ne jamais avoir eu de discussion avec ses collègues sur la prescription d'antidépresseurs chez les jeunes adultes précisément.



### L'accès rapide aux conseils des spécialistes en santé mentale

La disponibilité des spécialistes de la santé mentale, des psychiatres par exemple, est un élément relevé par plusieurs médecins comme facilitant leur démarche quant au choix du traitement. L'un d'entre eux fait allusion à l'époque où un psychiatre venait régulièrement dans son établissement pour offrir des conseils relatifs à la médication. Un autre mentionne avoir de très bonnes communications téléphoniques et une collaboration bien établie avec certains psychiatres. Elle explique que lorsqu'elle a besoin de conseils concernant la médication, elle n'hésite pas à téléphoner au service de garde. Un médecin dit quant à lui se référer principalement aux ressources spécialisées en psychiatrie plutôt qu'aux autres médecins de son établissement. À son avis, ces ressources sont de plus en plus accessibles depuis que s'est instaurée une nouvelle structure de références, le guichet d'accès unique.

Cependant, plusieurs médecins jugent parfois laborieux et insatisfaisant l'accès aux ressources spécialisées en psychiatrie : *« quand ça vient à demander des deuxièmes opinions à des spécialistes, des fois, c'est plus compliqué, ou bien des fois, ils vont le voir une fois, pis ils nous font juste quelques commentaires ou recommandations, pis après c'est nous autres qui faut le suivre »* [25]. Préoccupés par cette situation, deux médecins déplorent que les liens avec les ressources spécialisées soient trop administratifs et impersonnels. Le fait de devoir passer par des formulaires *« compliqués »* pour leurs demandes d'évaluation les dissuade souvent de référer. Un médecin trouve d'ailleurs tellement difficiles ses relations avec les ressources spécialisées, que ce soit dans un suivi conjoint en psychiatrie ou lors des demandes d'évaluation, qu'il dit préférer s'en passer.

Enfin, un médecin se questionne sur la possibilité de revoir les responsabilités des psychiatres. À son avis, les consultants, les spécialistes en santé mentale et les psychiatres devraient se concentrer surtout et seulement sur la consultation, au lieu de la prise en charge. Il mentionne :

*C'est sûr que quand il y a des cas très lourds, ça va, mais quand on envoie pour consultation, pour avis, parce que la patiente, par exemple, a besoin d'un spécialiste pour savoir si on doit le continuer, l'antidépresseur, et que la personne, parce qu'elle a des psychiatres résidents suit cette patiente-là pendant un an, ce n'est plus du temps*

*pour la consultation puis après un an, on la retourne en disant, oui, il faut qu'elle en prenne pour la vie. Donc, on aurait pu me dire ça à la première visite, puis laisser les visites pour les autres personnes qui en auraient besoin [28].*

#### La disponibilité d'une équipe psychosociale pour les jeunes adultes

Le travail en CLSC offre un volet psychosocial important qui représente un élément facilitant pour plusieurs médecins. Un d'entre eux explique que dans son établissement, l'accueil psychosocial offre un travailleur social de garde, du lundi ou vendredi, de huit heures à vingt heures. Ce service lui permet de référer directement ses patients à un suivi psychologique, diminuant ainsi le risque d'une prescription d'antidépresseurs précipitée ou injustifiée. Elle donne l'exemple d'une jeune adulte l'ayant consultée le matin même et qui, à la sortie de son bureau, s'est dirigée immédiatement vers l'accueil psychosocial afin de prendre un rendez-vous avec une travailleuse sociale pour la semaine suivante. Elle observe que cela est à la fois facilitant pour elle et rassurant pour la patiente. Un médecin, quant à lui, mentionne que ce service facilite son travail en lui donnant une plus grande satisfaction; il a la capacité d'offrir des solutions immédiates à ses patients et de temporiser les situations de crise, une « *porte de sortie* » qui les sécurise énormément. Un médecin affirme toutefois que le fait d'avoir ou non une psychologue n'affecte en rien sa décision de prescrire : « *[...] ça n'influence pas ma prescription d'antidépresseurs, ça, c'est carrément une décision médicale, basée sur un diagnostic. Vraiment, ça ne m'influence pas. Qu'il y ait un psychologue au dossier ou pas, ce n'est pas ça qui m'influence* » [32].

Bien que l'accès direct à des intervenants psychosociaux soit un élément important relevé par les médecins, nombre d'entre eux déplorent les délais importants pour obtenir un suivi à long terme : « *Bien, c'est assez bizarre ce qui se passe. C'est qu'on a les ressources, mais il y a tellement de demandes, tellement de références que ça prend du temps puis là, ils reçoivent les demandes et ils priorisent selon le degré de sévérité, ça peut prendre plusieurs mois avant que la personne ait un premier rendez-vous pour un suivi* » [53]. Ce dernier soulève que ce délai fait « *passer* » les situations de crise alors qu'il estime nécessaire d'intervenir immédiatement auprès des jeunes adultes, ce qui l'incite parfois à prescrire des antidépresseurs.

Compte tenu de la liste d'attente, un médecin se dit quant à lui plus rassuré de faire lui-même le suivi à la fois médical et psychologique de ses patients. Un autre médecin, en accord avec le premier, ajoute qu'en plus de faire le suivi, elle prescrit des antidépresseurs : *« Elle peut avoir plus besoin de médicament, parce que si ça prend six mois avant qu'elle ait son suivi, c'est bien sûr. Pis souvent, qu'est-ce que je vais faire, c'est que je vais la voir plus aussi. C'est sûr que je ne suis pas psychologue, mais des fois, juste pour qu'elle ait un support pis s'assurer qu'elle ne parte pas dans le vide, pis qu'on la revoit plus »* [25]. Un médecin déplore à son tour que le nombre d'entrevues en suivi psychologique accordé aux patients, souvent seulement dix, soit trop restreint. C'est la raison pour laquelle il préfère faire lui aussi le suivi. Cela dit, pour d'autres médecins, l'attente est parfois bonne et même nécessaire car cela facilite leur travail, garantissant de meilleurs résultats pour la psychothérapie en permettant aux antidépresseurs d'agir : *« Le fait qu'ils attendent un petit peu avant d'avoir le traitement psychothérapeutique, ce n'est pas une mauvaise chose, quand je dis un peu, c'est peut-être un à deux mois, c'est pas six mois, neuf mois, un an, parce que je trouve qu'ils sont plus réceptifs à la psychothérapie, car déjà, ils vont mieux, ils sont moins déprimés »* [90].

Un des répondants critique également l'accès par « priorisation » selon la « dangerosité » qui, à son avis, crée des injustices. Par exemple, il trouve déplorable que le fait d'être un jeune adulte en détresse psychologique ne soit pas un motif valable de « priorisation » : *« Mais les jeunes des fois, je trouve que plus qu'on intervient et plus l'intervention est précoce, pis ça, malheureusement le critère de l'âge, n'est pas un critère de priorisation. C'est vraiment des critères bien précis, les idées suicidaires, la vulnérabilité, le réseau, bon, c'est des critères plus comme ça »* [32].

Des difficultés sont également vécues par certains médecins n'ayant pas un accès direct à des services psychosociaux, notamment ceux qui travaillent en UMF ou dans certains CLSC. Selon un médecin, les intervenants sociaux de son établissement ne font que référer leur patient à d'autres établissements, plutôt que d'assurer un suivi psychologique : *« [O]n a des intervenants sociaux à l'accueil ici, mais ils ne font pas de suivi, de support bref, même pas. Alors, ils les voient et ils les « dispatchent ». Carrément, ils les réfèrent ailleurs »* [30]. Un médecin exprime sa réticence à référer dans un autre établissement de

peur que ses patients n'obtiennent pas un service adéquat : « *Tsé supposons, j'ai besoin d'une thérapie cognitivo-comportementale, je ne suis pas certaine qu'au bout de la ligne, il la donne comme ça. Faque, il y a cet aspect-là aussi qui fait que des fois ça dissuade de référer. Ce n'est pas facile. Pis la référence est très impersonnelle. On ne les rencontre pas les intervenants. On n'a pas beaucoup de communication ensemble* » [30].

Un médecin rapporte quant à lui que le fait de ne pas connaître les équipes psychosociales auxquelles il doit référer et de ne pas pouvoir choisir les intervenants le rend réticent à référer : « *Et là-bas, il y a des intervenants, il y en a de tous les ordres, de toutes les écoles, de tous les styles. Des fois, moi j'aimerais que ce soit telle personne, que je connais qui voit mon patient ou ma patiente, mais je n'ai pas le pouvoir de choisir l'intervenant. Ça fait que je l'envoie là, pis je me dis que j'espère qu'il va tomber sur tel ou tel intervenant, mais je n'ai pas de pouvoir. Je ne peux pas le référer* » [53]. Un médecin témoigne de sa crainte que les patients se perdent entre les organisations : « *Pis ça m'est arrivé de référer des gens en crise et ce qu'ils font, c'est qu'ils essaient justement, des fois, d'envoyer la demande ailleurs. Ça fait que notre patient se perd un peu dans tout ça... référence, référence, référence, référence* » [30].

#### **4.2.3. Les facteurs de renforcement**

Les facteurs de renforcement sont ceux qui confortent les médecins de famille dans leur choix d'opter ou non pour des antidépresseurs à de jeunes adultes. Ils incluent les attitudes, les valeurs et les attentes des personnes concernées, notamment les patients, leurs proches ou les pairs. Ils comprennent également les rétributions matérielles ou symboliques associées à la décision ou, au contraire, les conséquences négatives ou punitives.

#### *La forte stigmatisation entourant la prise d'antidépresseurs et la négociation avec les patients*

La stigmatisation face au diagnostic de problèmes de santé mentale et à la prise d'une médication est aujourd'hui importante selon les médecins. Cette stigmatisation serait plus forte pour ce qui relève de la santé mentale, que pour ce qui relève de problèmes d'ordre physique : « *Dire à quelqu'un qu'il a une maladie cardiaque, ça va. Il n'aime pas ça, mais*

*c'est acceptable socialement. Mais dire à quelqu'un qu'il a une maladie mentale, il a de la misère à le prendre » [53].*

Selon plusieurs médecins, cette stigmatisation provient des connaissances partielles et souvent non scientifiques véhiculées dans la société. Les histoires personnelles des patients et de leurs proches sous antidépresseurs, expliquent en partie la « *mauvaise presse* » et les fausses représentations associées aux antidépresseurs, par exemple l'éventualité d'être transformé en « *zombie* » [53]. Les médias ont également un rôle à jouer dans la propagation d'informations erronées sur les antidépresseurs, notamment avec la couverture sensationnaliste des effets secondaires de certains ISRS. L'exemple de l'association entre la consommation de *Paxil* chez les jeunes adolescents et l'augmentation des idéations suicidaires est un élément rapporté par plusieurs médecins. Internet est également à leur avis un véhicule important pour la construction de représentations négatives et le relais d'informations erronées sur la médication.

Les croyances « *familiales* » et « *populaires* » [32] véhiculées par les jeunes patients portent davantage sur les risques liés aux effets secondaires, dont la peur du gain de poids chez les femmes et la diminution de la libido chez les hommes. La prise de médicaments « *chimiques* » rencontre aussi des oppositions de principe chez les patients puisqu'ils craignent le risque de pharmacodépendance. En outre, il est rapporté que nombreux jeunes adultes connaissent les noms de certains antidépresseurs et leurs effets importuns, mais très peu en comprennent les effets globaux, leur utilité et leur fonctionnement. Ils ignorent notamment l'existence d'un délai entre le début de la consommation d'un produit et la manifestation de ses effets. Les jeunes sont également peu renseignés sur les mesures complémentaires qu'ils doivent mettre en œuvre afin d'augmenter leurs chances de guérison.

Pour les raisons mentionnées précédemment, les jeunes adultes sont *a priori* réticents à recevoir un diagnostic et ensuite critiques face à la prise d'antidépresseurs. La consommation d'une médication peut être accompagnée d'un sentiment de honte généré par la peur du jugement de l'autre; la médicalisation d'un problème d'ordre psychologique représente alors un échec. La stigmatisation des problèmes de santé mentale peut mener à la



négation de leur détresse, et au refus de s'avouer malades face à leur entourage. Un médecin fait remarquer que lorsqu'ils acceptent la prise d'antidépresseurs, les patients demandent parfois des échantillons pour éviter de se rendre à la pharmacie.

Devant les patients plus réticents à envisager une médication jugée nécessaire, plusieurs médecins parlent de différents « *défis de négociation* » [90]. Un médecin observe qu'il réussit généralement à convaincre, à force de persistance, les jeunes adultes qui sont initialement réticents face à la prise d'antidépresseurs. Un autre utilise l'expression « *vendre ma salade* » pour qualifier cette négociation. Dans ces circonstances, l'un d'entre eux dit plutôt adopter une attitude éducative pour combattre les fausses représentations de la médication : « *Moi je fais beaucoup d'éducation, et je ne présume pas qu'ils savent tout ou qu'ils ne savent rien. [...] Ça fait que non, moi j'en fais beaucoup de renseignements, d'éducation là-dessus* » [32].

#### *Les requêtes de soutien et de solutions « magiques » par les jeunes adultes*

La plupart des médecins s'entendent pour dire que rares sont les jeunes adultes qui formulent explicitement une requête pour obtenir des antidépresseurs.<sup>16</sup> Lorsque la médication fait partie de l'aide qu'ils recherchent, un médecin remarque que la requête provient généralement de jeunes adultes plus près de la « *crise du jeune adulte* » que la « *crise d'adolescence* » [46]. Des médecins soulignent cependant que les jeunes adultes tendant vers la toxicomanie demandent parfois des benzodiazépines : « *[Il] n'y a pas de buzz avec ça les antidépresseurs, ça fait que... ce n'est pas comme les « benzo » où ils peuvent partir, tsé, un petit feeling de drogue récréative* » [53]. Les demandes pour des antidépresseurs sont donc des cas d'exceptions, mais il arrive à certains médecins de refuser de prescrire lorsque ce n'est pas justifié : « *à ce moment-là, c'est nous autres qui dit tous les effets secondaires!* » [25]. Ils ne ressentent donc aucune pression à prescrire des antidépresseurs lorsqu'ils estiment que ceux-ci ne sont pas essentiels.

---

<sup>16</sup> Cette demande est beaucoup plus importante par rapport aux antibiotiques où les médecins reçoivent souvent de réelles requêtes de la part de leurs patients, toutes catégories confondues.



Selon plusieurs répondants, les jeunes adultes n'expriment pas des attentes à voir leurs problèmes médicalisés, mais plutôt à être supportés, aidés ou encadrés. Ils consultent également pour situer leur vécu par rapport à la norme et parce qu'ils souhaitent nommer ce qu'ils vivent. Le plus souvent, ils cherchent à comparer leur expérience à celle des autres jeunes adultes : « *Je pense qu'ils viennent chercher, en tout cas ceux que j'ai vus, c'était de voir s'ils étaient normaux, beaucoup plus qu'autres choses. Est-ce qu'ils sont malades ou est-ce que c'est normal qu'ils passent des épreuves, tout ça. Pis la réassurance, tout ça* » [46]. Un médecin traduit cette attitude par un appel à l'aide : « *Je sens : « je suis en détresse, vous êtes un professionnel », qu'est ce que je devrai faire, je viens chercher de l'aide ». C'est plus ça que je sens* » [32].

Plusieurs médecins perçoivent cependant des attentes implicites concernant des solutions instantanées : « *C'est sûr que j'ai tendance à constater que les jeunes adultes, souvent, aimeraient bien qu'on ait un peu comme la pilule magique. Qu'on lui donne la pilule pis à l'intérieur de quelques jours, tout va disparaître. Les maux vont disparaître* » [46]. Dans le but d'obtenir un soulagement rapide et efficace, ceux-ci demandent parfois une médication temporaire, par exemple des *Ativan*, des *Rivotril*, ou même des somnifères : « *Ils demandent de quoi pour dormir. [...] Ils disent : « Je ne dors pas, tsé... je voudrais dormir là parce que ma mère prend ça, pis elle m'en a donné une pis ça m'a fait du bien pis je voudrais une prescription! ». [...] Mais la demande, ce n'est pas un antidépresseur. C'est quelque chose pour dormir* » [53].

#### La souffrance et la « dangerosité » exprimées par les jeunes adultes

La perception de la souffrance vécue par les jeunes adultes semble déterminante dans la démarche des médecins et pour certains, cela confirme la nécessité d'intervenir, et parfois de prescrire : « *Oui, moi je pense que les personnes déprimées souffrent vraiment, pis je pense qu'ils ont vraiment besoin qu'on les traite. Pis ce n'est pas parce que je dis que je veux faire attention de ne pas en donner à tout le monde, mais quand le diagnostic est bien fait, je pense que ces personnes-là, ils ont besoin d'un médicament, pis ils méritent qu'on les suive pis qu'on en essaye plusieurs, pis qu'on fasse tout ce qui faut pour les aider* » [25]. Un d'entre eux admet qu'il n'aime pas laisser les gens dans la souffrance : « *Même*

*s'ils sont souffrants, ça ne veut pas dire qu'ils sont considérés comme urgents, pour être vus dans la semaine en psychiatrie. Alors, il faut faire avec » [90]. Un médecin utilise cette expression pour qualifier ce rapport à la souffrance : « Le médecin qui se prescrit à lui-même » [79].*

Par ailleurs, la perception d'idéations suicidaires renforce parfois le choix de certains médecins d'opter pour des antidépresseurs. Pour un médecin, cette médication se présente comme un filet de sécurité : *« C'est vraiment plus, tsé quand je vois qu'ils fonctionnent plus, qu'ils travaillent plus, qu'ils ne dorment pas ou qu'ils sont suicidaires, c'est sûr que c'est ça qui va m'influencer à prescrire plus rapidement » [25]. Un médecin considère également le mal qu'une personne en détresse peut faire à autrui. La prise d'antidépresseurs lui assure que des actes violents ou irréversibles ne seront pas commis : « Pis mon Dieu, je suis content qu'il y ait des antidépresseurs parce qu'on évite pas mal d'affaires. [...] Oui, des affaires graves, des gens qui pourraient être violents si leur irritabilité et leur agressivité n'étaient pas atténuées par un antidépresseur. Ça les protège, pis ça protège bien du monde aussi. Non, je pense que, moi, je trouve bien utile » [53].*

Pour un médecin, le fait de prescrire des antidépresseurs à ses patients en détresse psychologique représente parfois une protection professionnelle pour lui, une façon de démontrer qu'il a pris les moyens pour empêcher des événements graves, notamment une tentative de suicide : *« Bien, moi je trouve que c'est un bon filet de sécurité et aussi du côté, il faut que je me protège aussi parce que si un individu qui est en détresse et puis que je, après mon examen, après mon évaluation, je juge qu'il fait une dépression et que je ne prescrais pas d'antidépresseurs d'emblée et qu'il arrive un problème, eh bien, je peux me faire taper sur les doigts » [53].*

#### *Le remboursement des antidépresseurs par le Régime général d'assurances médicaments*

Plusieurs médecins témoignent de l'importance du remboursement des antidépresseurs comme facteur renforçant parfois leur choix d'opter pour cette médication. Depuis la mise sur pied du *Régime général d'assurance médicaments*, la question financière est beaucoup moins contraignante qu'auparavant, tant pour eux que pour leurs jeunes patients. Ceci est

d'autant plus déterminant pour les antidépresseurs de deuxième génération, comme le *Paxil*, qui sont plus dispendieux. Pour un des répondants, la prescription d'antidépresseurs se présente donc comme une solution efficace et peu onéreuse pour les jeunes adultes.

Un médecin trouve toutefois regrettable que les jeunes adultes aient tout de même une franchise à déboursier afin de se procurer leur médicament. Il affirme qu'il s'agit d'un problème particulièrement important pour les jeunes dont la situation financière est précaire, par exemple pour ceux vivant de l'aide financière aux études. Pour cette raison, un médecin perçoit des risques face à la possibilité de non-observance de la médication. Un médecin ajoute qu'il ne peut se permettre d'offrir des échantillons à tous ces patients.

Cela dit, un médecin se questionne face aux choix collectifs d'assurer la médication plutôt que la psychothérapie :

*Il y a beaucoup d'argent qui est payé pour la médication. On pourrait se poser la question s'il y avait autant d'argent qui était donné pour les ressources d'ordre psychologique, peut-être qu'on viendrait au même [...] parce qu'on sait que le médicament, d'abord le médicament c'est un traitement symptomatique, ça ne guérit pas. Pis l'efficacité de la médication versus la psychothérapie [...] Ça fait que quand l'effet de la psychothérapie à plus long terme, c'est plus efficace que l'antidépresseur. [...] Ça fait que c'est questionnable [79].*

#### La pression induite par les assurances privées

Pour les raisons d'accès souvent difficile aux ressources psychosociales publiques, plusieurs médecins disent encourager leur patient à consulter un psychologue privé. Ils expliquent que ces services sont déterminants dans leur travail, mais que les jeunes adultes y ont rarement accès puisque peu d'entre eux sont couverts par des régimes privés d'assurances : « *Oui, parce que s'ils sont assurés, souvent, ils ont de la facilité à avoir des suivis en psychologie. Je vais presque systématiquement le suggérer. Quand ils n'en ont pas, c'est plus compliqué, donc, au CLSC, ils ont souvent la possibilité de voir quelqu'un deux ou trois fois en urgence, en crise, mais si c'est pour quelque chose d'un petit peu plus long, c'est plus compliqué* » [56]. La clientèle jeune dépend donc énormément des services psychosociaux et la marge de manœuvre des médecins s'en voit réduite pour recommander un suivi psychothérapeutique, ce qui les incite parfois à prescrire.

Cependant, lorsque les jeunes adultes bénéficient d'une couverture d'assurance, plusieurs médecins observent des pressions indirectes exercées par les compagnies d'assurance-invalidité. Par exemple pour ce médecin : « *Si la personne travaille et est en invalidité, pis il y a des compagnies d'assurances- invalidité, puis si on ne prescrit pas d'antidépresseurs dans un cas comme ça, bien la compagnie d'assurances peut refuser d'indemniser parce que la personne n'a pas de traitement médical. Donc, ils jugent que ça ne doit pas être assez important puisqu'il n'y a pas de médication, donc il n'y a pas d'affaires à rester en invalidité longtemps, tu sais, je parle de plus d'un mois mettons* » [53]. Dans une telle situation où un jeune patient demande d'être compensé pour une perte salariale associée à un congé maladie, la prescription se présente pour les compagnies d'assurances comme un gage de prise en charge de leur patient. À cet égard, un médecin mentionne que les compagnies d'assurances sont parfois « *chatouilleuses* » s'il n'y a pas de médication et si la guérison prend un peu plus de temps [79]. Un d'entre eux exprime que dans une situation où « *il ne se passe rien-là* », il a l'impression qu'« *il faut que je parte de quoi* » [30]. Un médecin résume ainsi l'incidence des compagnies d'assurances dans le processus menant à la prescription d'antidépresseurs :

*Les compagnies d'assurances s'attendent à ce que les gens fonctionnent dans la société le plus vite possible. Ça se comprend, ils ont moins de temps à payer, donc ça prend des interventions les plus rapides possible, et le plus vite possible c'est la médication pour soulager les symptômes. [...] Ils prennent pour acquis que quand il n'y a plus de symptômes, il est guéri, mais là ça dépend, est-ce que la personne est guérie. C'est quoi la définition de la guérison, pis il y a tout le jeu du financement qui est derrière ça. Il faut se poser la question, jusqu'à quel point les compagnies d'assurances sont proches des compagnies pharmaceutiques en terme de financement commun, etc., à la bourse, etc., c'est d'autre chose [79].*

#### La proximité de l'industrie pharmaceutique

Trois médecins témoignent de l'influence que peut avoir l'industrie pharmaceutique sur leur façon de prescrire. Un médecin explique que lorsqu'elle participe à des formations offertes par des représentants, elle devient par la suite plus prompte à médicaliser la détresse psychologique : « *Quand on a des formations pis qu'il y a des représentants pharmaceutiques, souvent, je vous dirais qu'après ça, on a plus tendance à être vigilants.*

[...], pis on a tendance à protéger le cerveau, pis d'avoir toutes ces notions de neuropsychologie. [...] On est plus vigilant dans le sens où... Moi j'ai l'impression qu'on prescrit plus. [...] Il me semble que ça nous « boost » [30]. Un médecin mentionne toutefois que depuis qu'il pratique en CLSC il a très peu de visites de ces représentants, comparativement aux environnements de pratique privée où cela est plus commun :

*Je peux dire, que quand j'étais en clinique privée, je pense qu'on a les représentants pharmaceutiques qui viennent beaucoup plus, j'en voyais un chaque jour, pis là, on se sent plus poussé, pis ils viennent toujours nous parler de leurs nouvelles affaires, faque là, ça te donne une idée : « Ah oui, le représentant est venu hier, je vais essayer ce qu'il m'a dit » tandis qu'en CLSC, on a pas ça. Pis les représentants, je n'en vois jamais.[...] Veut, veut pas, moi je trouve que ça influence.[...] Bien dans le sens qu'on va peut-être plus penser rapidement à leur médicament, tsé, si le représentant est venu hier me parler de cette molécule-là, peut-être que c'est le premier nom qui va me venir en tête quand je vais arriver pour faire ma prescription, pis là, des fois il va m'avoir parlé d'une association, ça fait que moi, je vois un patient : « ah oui, c'est vrai, hier, il m'a dit, qu'on pouvait faire ça quand ça fonctionne moins bien », « Ah je vais l'essayer, tsé », des choses comme ça [25] .*

Un médecin affirme qu'en UMF, il a l'impression d'avoir une saine distance avec ces représentants, lui et ses collègues étant tout simplement : « moins attirants [pour les représentants de l'industrie pharmaceutique] que les gens qui travaillent en clinique privée » [49].



#### 4.2.4. Synthèse des facteurs

Le tableau 2 identifie les facteurs susceptibles d'intervenir dans la décision des médecins de traiter ou de ne pas traiter par antidépresseurs de jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

**Tableau 2 : Identification des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement**

<b>Facteurs prédisposants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⋄ Le positionnement des médecins face à l'utilisation des antidépresseurs; une confiance prudente</li><li>⋄ L'intérêt porté aux problèmes de santé mentale et aux questions relatives à la médication; déjà manifeste ou alors incontournable</li><li>⋄ L'ancienneté et l'expertise acquise; des atouts</li></ul>
<b>Facteurs facilitants</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⋄ La pratique en CLSC; les médecins moins contraints par l'obligation de rendement</li><li>⋄ La pratique en UMF; la « réflexivité » dans la pratique</li><li>⋄ Le temps de consultation; une latitude essentielle pour les médecins</li><li>⋄ Le volume de pratique moins élevé et le suivi à long terme : bénéfiques tant pour les médecins que pour leurs patients</li><li>⋄ Le mode de rémunération à salaire : un impératif</li><li>⋄ Le travail en multidisciplinarité et l'accessibilité à une deuxième opinion</li><li>⋄ L'accès à de la formation continue au sein de l'établissement</li><li>⋄ L'accès rapide aux conseils des spécialistes en santé mentale</li><li>⋄ La disponibilité d'une équipe psychosociale pour les jeunes adultes</li></ul>
<b>Facteurs de renforcement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>⋄ La forte stigmatisation entourant la prise d'antidépresseurs et la négociation avec les patients</li><li>⋄ Les requêtes de soutien et de solutions « magiques » par les jeunes adultes</li><li>⋄ La souffrance et la « dangerosité » exprimées par les jeunes adultes</li><li>⋄ Le remboursement des antidépresseurs par le Régime général d'assurances médicaments</li><li>⋄ La pression induite par les assurances privées</li><li>⋄ La proximité de l'industrie pharmaceutique</li></ul>



## **Chapitre 5 : Discussion**

---

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons une synthèse des résultats de la recherche. Nous ferons alors un retour sur les trois types de facteurs observés en établissant leurs forces et les éléments nouveaux qu'ils mettent en lumière. Il sera également question des limites de l'étude et des propositions relatives à de futures recherches.

### **5.1. Un retour sur les résultats**

#### **5.1.1. *Les facteurs prédisposants; éléments nouveaux***

L'ensemble des médecins participant à cette étude affirme que l'acte de prescription repose sur un processus diagnostique neutre et systématique. Ils disent approcher les problèmes de santé mentale dans une perspective médicale, basée sur la reconnaissance des symptômes. Pour témoigner de leur objectivité, ils affirment avoir recours à des procédures standardisées. Les outils diagnostiques, plus particulièrement l'utilisation du *DSM-IV-TR*, sont reconnus comme guidant la démarche conduisant à l'établissement du diagnostic et à la détermination du traitement. Bien que les médecins aient été loquaces sur les éléments médicaux, donc plus objectifs, façonnant leur démarche, ils ont fourni peu d'éléments de réponses quant aux facteurs plus personnels influençant leur démarche. Cela étant dit, plusieurs éléments de leur discours nous portent à penser que leur démarche dépasse ces éléments « objectifs », et qu'il existe une part de subjectivité dans leur raisonnement. Aussi, ils révèlent l'existence d'« espaces » où peuvent se profiler des variations dans les pratiques de prescription des répondants.

Tout d'abord, nombre d'entre eux se distancient ouvertement des outils diagnostique en ce qui a trait, notamment, à la durée des symptômes mentionnée pour établir un diagnostic, à la rigidité des profils qu'ils présentent et l'absence de considération du lien existant entre le patient et son environnement (ses ressources personnelles, son niveau de fonctionnement, etc.). Il semble qu'on soit ici en présence de médecins qui, à l'instar de ce que Noumbissi-Nana (2004, p.29) rapporte, considèrent que « *Le modèle inférentiel du DSM donne une place centrale au symptôme, ne tient pas compte du sens du symptôme et des interactions médecin/ malade. En effet, le symptôme se produit dans un contexte relationnel et*

*socioculturel, à l'intérieur duquel il a un sens, une histoire, une intention communicative et une finalité. C'est la compréhension des liens entre symptôme, individu et contexte qui permet la conception d'un projet thérapeutique ».*

Dans un deuxième temps, il est possible d'observer qu'afin de pallier aux limites d'une approche diagnostique reposant uniquement sur ce type d'outils, plusieurs médecins disent s'appuyer sur leur jugement. Certains feraient même appel à leur « intuition » au moment de l'évaluation du patient, par exemple pour distinguer la souffrance réelle de la souffrance feinte en l'absence de critères objectifs. Ainsi, à partir du moment où les médecins établissent la nécessité de faire intervenir leur jugement et leur expérience clinique dans leur démarche menant au choix ou non de traiter par antidépresseurs, nous sommes en mesure d'observer que certains facteurs plus subjectifs jouent un rôle important dans le choix de traiter ou non.

Par ailleurs, plusieurs médecins estiment que leurs propres caractéristiques sociodémographiques n'influencent pas le choix du traitement pour lequel ils vont opter. Les médecins interrogés se considèrent comme des prescripteurs « moyens ». Puisque nous ne disposons pas de leur profil de prescription, autrement dit d'une liste comptabilisant la quantité, la fréquence et le type de médicament qu'ils prescrivent, il nous est impossible de corréler cette affirmation avec des données concrètes. Notons par contre que bien qu'ils nient l'association entre les facteurs sociodémographiques et leur façon de prescrire, nos répondants se considèrent plus outillés pour prescrire des antidépresseurs aujourd'hui qu'au début de leur carrière, particulièrement à leur sortie de l'université. Ils mettent ainsi en évidence l'importance de leur l'expérience clinique dans leur développement professionnel. La plupart jugent que cette expérience les aide dans l'établissement du plan de traitement, notamment dans l'interprétation des symptômes et dans la gestion des effets secondaires. Les médecins se disent donc différents et agissent autrement qu'au début de leur pratique médicale, ce qui exprime selon nous les possibilités de changement dans leur pratique. Cela est ici d'autant plus important à considérer que plusieurs médecins reconnaissent que face à un même problème les solutions peuvent varier. Par exemple, donner une médication serait un geste plus expéditif chez les « vieux », les « jeunes » et les médecins pratiquant « dans le privé ». Ainsi, il est possible d'observer que les caractéristiques sociodémographiques

peuvent, dans une certaine mesure, prédisposer les médecins à prescrire, ou à l'inverse, de ne pas prescrire.

Ensuite, un élément important de la présente étude se rapporte à la façon dont les médecins interrogés perçoivent la réalité des jeunes adultes et, par conséquent, interviennent auprès d'eux. En effet, bien que ceux-ci affirment que leur approche des problèmes de santé mentale chez les jeunes adultes ne soit pas distincte de celle qu'ils ont auprès d'autres clientèles, les médecins introduisent explicitement des facteurs qui révèlent qu'ils ont envers cette clientèle des préoccupations particulières. Par exemple, ils ont une conscience aiguë des problèmes financiers fréquents à cette période de la vie, les difficultés que représente une première peine d'amour, l'anxiété des choix professionnels, etc. Le manque de connaissance de soi et l'embarras que les jeunes adultes manifestent à identifier les éléments déclencheurs de leur détresse sont aussi des caractéristiques de ce groupe d'âge. Certains médecins affirment aussi que dans ce groupe, les problèmes socio-affectifs ont un caractère fluctuant, mais non chronicisé, ce dont ils tiennent compte dans leur plan de traitement. Les médecins reconnaissent donc l'existence de caractéristiques différentes chez les jeunes adultes ce qui les amènent à approcher différemment leurs problèmes de santé mentale. Plus les patients sont jeunes, plus les médecins se font « souples » dans leur interaction. Ces résultats de la recherche nous permettent de penser que ces préoccupations se concrétisent peut-être par plus grande prudence face à la possibilité de médicaliser leurs problèmes sociaux.

Enfin, il existe dans la démarche des médecins une dimension de « préférence » ou de « réticence » envers la médication. En fait, certains médecins témoignent d'une confiance en l'efficacité des antidépresseurs. Une qualité importante de ce type de médication est sa capacité à améliorer la réceptivité des patients à recevoir une psychothérapie, en plus d'être une solution efficace et peu dispendieuse. Ils reconnaissent toutefois que les résultats seront grandement améliorés si la médication est combinée à une psychothérapie. Ces observations rejoignent les commentaires de Bradley (1992) qui affirme que les valeurs du médecin prennent une place importante dans le choix de traiter ou non par antidépresseurs. À ce titre, il explique que la médication est souvent privilégiée pour son efficacité. À l'inverse, plusieurs se montrent aussi préoccupés par l'importance que prend actuellement

la prescription d'antidépresseurs chez la population en général, qui inclut les jeunes adultes. D'autres se montrent aussi soucieux des effets secondaires liés aux antidépresseurs, raison pour laquelle, d'ailleurs, ils se font prudents à les prescrire à de jeunes adultes. Il existe donc un rapport équivoque aux antidépresseurs; tandis que certains médecins préfèrent ce type de traitement à d'autres options thérapeutiques, d'autres le craignent et seraient réticents à ce que leurs propres enfants y aient recours.

### **5.1.2. Les facteurs facilitants ; éléments connus et éléments nouveaux**

La plupart des médecins interrogés s'accordent pour affirmer qu'un temps adéquat accordé à la consultation et au suivi est une condition importante pour l'évaluation exhaustive du patient, conditionnelle à l'établissement d'un diagnostic juste et à la recommandation d'un traitement approprié. Pour étayer cet argument, ils comparent leur environnement de pratique à celui des cliniques médicales privées. Le fait d'être rémunéré sur une base salariale constante plutôt qu'« à l'acte », le volume de pratique moins élevé et une plus grande flexibilité dans le temps accordé aux consultations correspondent, disent-ils, à une pression moindre par rapport au rendement et à un meilleur service. Un médecin cite par exemple la possibilité de conserver des plages horaires vacantes pour effectuer des suivis d'urgence. Des études systématiques, dont celles de Hyde *et al.*, (2005) indiquent l'existence d'une corrélation entre un temps de consultation réduit et une prescription précipitée. Selon ces chercheurs, le choix de traiter un patient par antidépresseurs est souvent le corollaire d'un manque de temps consacré à la consultation. Il s'agit d'un facteur que nous avons observé dans notre étude et qui a été relevé à maintes reprises dans la littérature.

En contrepartie, l'étude met en lumière une dimension peu soulevée par les écrits : la pratique médicale en clinique « *Sans rendez-vous* ». Les répondants affirment en effet que le « *Sans rendez-vous* » se compare au mode de gestion retrouvée en clinique médicale privée et se traduisant par une durée limitée du temps de consultation, un volume de clientèle élevé et la difficulté à assurer un suivi « longitudinal ». Sur cette base, on peut donc supposer que le type de contexte dans lequel le médecin travaille peut aussi influencer

la facilité avec laquelle il choisira de traiter par antidépresseurs un jeune qui se présente à lui avec des problèmes de santé mentale.

Les médecins identifient aussi d'autres caractéristiques de leurs milieux de pratique influençant parfois leur choix de traiter un jeune adulte aux prises avec des problèmes de santé mentale soit par antidépresseurs soit en explorant d'autres options. Ces médecins conviennent que le travail en multidisciplinarité stimule l'échange d'informations et la possibilité de se conseiller mutuellement entre professionnels. Ainsi, ils peuvent solliciter l'avis de leurs collègues médecins dans des cas moins précis où ils ont plus de difficultés à se prononcer sur la prescription d'antidépresseurs, ou celui des intervenants sociaux lorsqu'il s'agit de questions relatives aux stressés. Ceci correspond aux propos de Collin et ses collègues (2000) qui affirment que le travail en multidisciplinarité influence de manière positive la démarche des médecins relative à la prescription. Selon les auteurs, les liens entre les médecins et les interactions entre professionnels favorisent la mise à jour de leurs connaissances respectives et facilitent leur démarche.

Les séances de formation continue constituent aussi des occasions appréciées pour mettre à jour les connaissances. Selon les répondants, l'essentiel des formations portant sur la santé mentale concerne la pharmacopée disponible et ses effets secondaires tandis que les aspects éthiques ou symboliques de la prise d'antidépresseurs y sont largement ignorés. Cependant, au sein des établissements ayant une vocation d'enseignement, les questions des résidents et les échanges qu'elles initient favorisent la transmission des savoirs et incitent les médecins à la réflexion sur leur pratique. L'aspect de « réflexivité » entre les étudiants et les médecins enseignant en UMF apparaît donc comme un élément nouveau soulevé par notre démarche.

Pour les médecins de famille, la possibilité d'avoir recours aux conseils d'un spécialiste est une ressource précieuse. L'accès à des psychiatres leur donne la possibilité de valider leur diagnostic et d'obtenir un avis d'expert dans l'élaboration d'un plan de traitement. Cependant, les délais administratifs dans le traitement des demandes d'expertise, de soutien et de références, diminuent l'efficacité de ces mécanismes. Selon plusieurs de nos répondants, ces délais incitent à la prise en charge complète par le médecin non-spécialiste



ou la référence à des collègues non-spécialistes plus expérimentés. Cette situation met en lumière les limites des structures d'échange interprofessionnel dans la pratique des médecins. Si on ne peut affirmer pour autant que ces facteurs incitent les médecins à prescrire des antidépresseurs, les témoignages des répondants indiquent en contrepartie que le fait d'opter pour des antidépresseurs varie selon l'accès ou non qu'ils ont à d'autres ressources. À ce titre, Garnier *et al.* (2005) affirment que l'absence de collaboration entre les médecins, les psychiatres et les autres spécialistes de la santé mentale est souvent un facteur contribuant au choix de traiter à l'aide d'une médication.

Certains médecins expriment le souhait que soient traités en priorité les problèmes de santé mentale des jeunes adultes avant que ceux-ci ne deviennent chronicisés. À ce titre, la possibilité de référer à une équipe psychosociale au sein de l'institution où pratique le médecin ou encore de travailler en étroite collaboration avec elle est un facteur important dans le choix de traitement qui sera retenu. Souvent, en effet, les équipes psychosociales sont en mesure d'offrir une prise en charge immédiate et de temporiser les situations de crise. Comme pour l'obtention du soutien de spécialistes, une demande importante pèse toutefois sur la capacité d'accueil de ces équipes. Ces problèmes d'accès structurels aux services confinent les médecins de famille à prendre en charge seuls les jeunes adultes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

En outre, en l'absence d'une équipe psychosociale à demeure, comme c'est le cas dans quelques CLSC et UMF, les patients sont référés à des ressources extérieures pour un suivi. Nos répondants expriment cependant certaines réticences à référer leurs patients à l'externe; on ignore la qualité des soins prodigués par l'institution, on augmente le risque que le patient psychologiquement fragile « *se perde dans le système* » et ne soit pas pris en charge dans un délai acceptable. Les difficultés d'accès à ces services confirment les propos de Garnier *et al.* (2005) qui affirment que l'organisation globale des services de première ligne crée une dynamique favorisant le recours aux médicaments.



### **5.1.3. Les facteurs de renforcement; éléments connus et éléments nouveaux**

Les médecins s'entendent à dire que rares sont les jeunes qui formulent explicitement une demande d'antidépresseurs. Cela s'explique en partie par la stigmatisation que connaissent les problèmes de santé mentale; il y a une honte à consommer des antidépresseurs que l'on associe à l'échec. C'est aussi la raison pour laquelle ils vont nier leur détresse et refusent de s'avouer malades devant leur entourage. Nous avons pourtant noté plus tôt que les patients se présentent plus fréquemment avec une requête pour des antidépresseurs, ce que Garnier *et al.* (2005) désignent comme « *le phénomène du patient à la recherche de médecins complaisants* ». Dans notre étude cette situation n'a pas été rapportée par les médecins. Cela dit, un élément particulier ressortant dans la présente étude est l'« instantanéité » des solutions recherchées par leurs jeunes adultes qui consultent. Ils recherchent des solutions « magiques ». Ainsi, même en l'absence de demande spécifique de la part des jeunes adultes, les médecins se voient en quelque sorte sollicités à leur prescrire une médication.

Plusieurs médecins parlent aussi des « *défis de négociation* » lorsque le recours aux antidépresseurs leur semble nécessaire pour des patients réfractaires à la médication. Cela confirme les propos de Collin *et al.* (2005) qui affirment que les patients ont un rôle de plus en plus actif dans le choix du traitement. Devant ces jeunes patients réfractaires à la médication, les médecins ont donc recours à des stratégies particulières; certains médecins interrogés disent adopter une attitude éducative, tandis que d'autres disent utiliser des techniques de « vente ».

Lors de la consultation, les médecins considèrent la souffrance et la « dangerosité » du patient pour lui-même et pour autrui lors de l'évaluation et de la sélection du traitement. La prévention de crises suicidaires et d'actes violents est évidemment dans l'intérêt du patient et de son entourage. Cela corrobore les propos de Collin *et al.* (2000) qui admettent que la prescription est parfois motivée par un sentiment d'empathie et de compassion face à la détresse des patients. À notre avis, la nécessité de prescrire peut se voir accentuée par la perception de la « dangerosité » liée aux idéations suicidaires chez les jeunes patients.

Comme l'évoque un des médecins interrogés, l'acte de prescription d'antidépresseurs agit aussi comme garantie professionnelle. Pour ce médecin, qu'un patient commette un acte irréversible alors qu'il est censé être pris en charge, peut avoir des conséquences importantes au plan personnel et professionnel. Cette crainte se traduirait chez certains médecins par une propension à prescrire de la médication pour se protéger des conséquences punitives de la non-intervention. Cette idée de « *garantie professionnelle* » est peu abordée dans les écrits portant sur la prescription. Ceci rappelle toutefois les propos de Bradley (1992) qui affirme que la prescription peut aussi représenter une manière plus ou moins consciente pour le médecin de se réassurer et d'éviter d'éventuelles poursuites. Cette situation s'apparente également à la « *règle de la décision médicale* » qui dicte qu'en cas de doute et devant un diagnostic difficile à établir, mieux vaut agir concrètement que de ne pas intervenir (cité dans Collin *et al.*, 2000).

Une autre contribution originale de cette étude est la mise en évidence de l'impact des assurances comme facteur renforçant le choix des médecins d'opter pour des antidépresseurs dans le traitement des jeunes adultes. Nous pensons ici d'abord et avant tout aux assurances-invalidités; lorsque les jeunes adultes bénéficient d'une telle couverture, les médecins disent ressentir davantage la pression de prescrire un antidépresseur. Dans ce cas-ci, la prescription vient attester de la prise en charge du patient par le système de santé et valide en quelque sorte l'indemnisation. Sur ce plan, les médecins avancent que les compagnies d'assurances confondent l'absence de médication avec l'absence de problème. Faute de prescription, ils précipitent le retour aux activités professionnelles et scolaires et nuisent au rétablissement de la personne. Il s'agit donc d'un facteur de renforcement important pour les médecins et pourtant rarement mis de l'avant dans les écrits portant sur ce sujet.

D'autre part, les résultats de l'étude mettent en lumière le poids des assurances publiques, notamment le *Régime général d'assurance médicament*, dans le raisonnement des médecins. Certains reconnaissent que le remboursement du coût de la médication peut les amener à opter pour la prescription de médication plutôt que de recommander une psychothérapie coûteuse à de jeunes adultes en situation de précarité financière. Cependant, il est reconnu que pour certains patients, le fait de devoir assumer la franchise mensuelle de

l'assurance médicament augmente le risque de non-observance de la médication. Selon un des répondants, il y aurait d'ailleurs lieu de se questionner sur le choix collectif d'assurer la médication et non la psychothérapie.

Enfin, dans le même ordre d'idées, nous pensons également aux différentes couvertures d'assurances privées, par exemple celles qui donnent accès à des ressources psychothérapeutiques. Pour éviter la prise en charge tardive d'un patient, le recours à un suivi psychologique privé est recommandé par plusieurs médecins. Cette option est toutefois coûteuse et n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie public du Québec. Comme les jeunes adultes sont rarement couverts par des polices d'assurance privées incluant de la psychothérapie, ils sont plus dépendants des ressources du réseau public. Il est possible de penser ici que, compte tenu de l'accès difficile à ces ressources, les médecins peuvent se tourner plus rapidement vers une prescription d'antidépresseurs pour soulager leurs jeunes patients.

## **5.2. Les limites de l'étude**

La validité interne est une préoccupation importante de la présente étude. Comme le soutient Drapeau (2004, p.4), la validité interne « ... fait [...] référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets. » Dans le but de vérifier si le discours des médecins ayant participé à l'étude est conforme au vécu clinique habituel de ce type de pratique, l'étudiante a présenté et discuté de ses résultats avec un médecin de santé publique également clinicien en santé mentale. Cette procédure donne une plus grande validité aux résultats sans pour autant leur conférer une valeur de généralisation. Pour cela, il aurait fallu augmenter considérablement le nombre de médecins interrogés.

De plus, le choix de se centrer uniquement sur le point de vue des médecins œuvrant en établissement publics ne permet pas d'envisager une généralisation « externe » de nos résultats aux médecins travaillant dans d'autres contextes de pratique. Ceux-ci reflètent une réalité de pratique unique que l'on pourrait qualifier d'optimale. En CLSC et en UMF, nous avons établi que les médecins sont à salaire, donc rémunérés de façon régulière et sans la

pression d'un rendement quotidien. Ils peuvent, en théorie, recevoir de la formation en santé mentale tout en étant rémunérés. Par ailleurs, la plupart des médecins ont un accès quasi direct sur place à d'autres ressources pour les aider dans leur démarche de prise en charge. Cela n'est pas le cas de l'ensemble des médecins du Québec.

Le choix de procéder par entretien semi-dirigé respectait le caractère exploratoire de l'étude et a permis de cerner les facteurs considérés par les médecins de famille dans leur décision de traiter ou de ne pas traiter par antidépresseurs des jeunes adultes présentant des problèmes de santé mentale. Cependant, le choix d'opter pour des questions relativement ouvertes dans la grille d'entrevue a rendu le processus de codification et d'interprétation des données laborieux pour la personne responsable de la recherche. L'utilisation du modèle *Precede/Proceed* a toutefois facilité le classement des données et a contribué à la qualité d'interprétation des résultats. Compte tenu de la complexité et du volume des données recueillies, ce modèle a aidé à la classification des facteurs en fonction de ce qui relève du médecin lui-même et de son environnement de pratique.

Enfin, notre approche n'aura pas permis de repérer un grand nombre de facteurs prédisposants influençant l'option du médecin, étant donné leurs résistances implicites à parler de facteurs plus subjectifs. Cette difficulté est à notre avis attribuable au choix de la population à l'étude, c'est-à-dire des médecins de famille sommés de rester neutres et impartiaux dans leur choix de traitement des problèmes de santé mentale. Postuler que des facteurs « subjectifs » pouvaient moduler leur démarche va à l'encontre de la représentation sociale du « bon médecin ». Les informations fournies pourraient en effet avoir été influencées par l'effet de « désirabilité sociale » qui amène les personnes à vouloir plaire en donnant des réponses qui tendent à idéaliser leur pratique (Stevenson *et al.*, 2000). Selon Stevenson, cet effet est d'autant plus fort lorsque les médecins se font interroger en lien avec leur pratique, et plus particulièrement sur la prescription puisque ces derniers peuvent avoir l'impression de se faire examiner, voire « tester ». Aussi, cette notion de désirabilité est amplifiée lorsque ceux-ci sont conscients que la personne responsable de l'entrevue provient elle aussi du domaine de la santé, celle-ci étant en quelque sorte en mesure de juger leur action.



### **5.3. Des suggestions pour d'éventuelles recherches**

Dans le but d'améliorer notre compréhension des *facteurs prédisposant* les médecins de famille à opter ou non pour des antidépresseurs dans le traitement de jeunes adultes, il serait pertinent de réaliser des études confrontant leurs caractéristiques personnelles aux choix de traitement qu'ils font. De cette façon, il serait ainsi possible de mieux comprendre quelle image les médecins de famille tiennent à préserver dans leur pratique de prescription et les raisons motivant leurs réticences à discuter d'éléments plus personnels les influençant. Ce type d'étude pourrait se réaliser par le biais d'entretien de plus longue durée ou à l'aide d'outils de cueillette d'informations confidentiels, par exemple un questionnaire papier dénominalisé qui permettrait de diminuer les biais de « désirabilité sociale ».

Pour améliorer notre compréhension des *facteurs facilitants* susceptibles de moduler le choix des médecins, il serait utile de réaliser une étude comparative entre des médecins provenant de différents milieux, notamment des cliniques médicales privées. Il serait également intéressant d'interroger des médecins en GMF, où le modèle de pratique est unique, notamment par le fait qu'on y retrouve des infirmières et que les inscriptions de nouveaux patients sont limitées afin de donner plus de temps au suivi.

Pour améliorer notre compréhension des *facteurs de renforcement*, il serait pertinent d'étudier également le point de vue des jeunes adultes qui consultent un médecin de famille pour des problèmes de santé mentale sous l'angle de leur interaction avec le médecin. Nous savons en effet que le patient a un rôle actif dans le choix de traitement que fera le médecin et que, ultimement, la décision finale de prescrire des antidépresseurs résulte de l'interaction entre le patient et le médecin. Nous savons toutefois peu sur la nature de cette interaction.

Enfin, et le plus important à notre avis, serait d'explorer davantage l'incidence « indirecte » des tiers payeurs sur les options de traitement prises par le médecin. Nous avons discuté entre autres choses des assurances privées et publiques, mais nous avons relevé de manière plus importante les assurances-invalidités qui sont encore peu abordées dans les écrits.

## Conclusion

---

Au Québec, les problèmes de santé mentale chez les jeunes adultes sont fréquents et les médecins de famille sont de plus en plus appelés à intervenir auprès d'eux. Or, il s'agit d'une intervention reconnue comme étant délicate pour les médecins de famille, tant au moment d'établir le diagnostic que dans l'élaboration du plan de traitement, qui peut inclure la prescription médicamenteuse. Face à ce constat, l'objectif principal de l'étude était d'améliorer notre compréhension des facteurs non médicaux modulant l'option sélectionnée par le médecin de famille de traiter ou non par antidépresseurs un jeune adulte aux prises avec un problème de santé mentale.

Cette étude nous a permis d'éclairer certains facteurs pouvant moduler le choix des médecins de famille. Sur le plan des facteurs prédisposants, les médecins s'accordaient à dire que certains médecins prescrivaient plus que d'autres, et parfois inutilement, ce qui démontre qu'il y a place à la variation dans leur pratique. Ils mentionnaient également que l'expérience clinique bonifiait leur habilité à intervenir face à ce type de problèmes. Cela démontrait aussi que leur façon de prescrire s'est modifiée à force de pratique. Nous avons également établi que les médecins témoignaient parfois de « préférences » pour les antidépresseurs, tandis que d'autres critiquaient leur surutilisation et surprescription. Dans cette visée, et particulièrement pour les jeunes adultes, quelques médecins disaient préférer « intervenir », donc prescrire plus rapidement pour empêcher la chronicisation des problèmes de santé mentale, tandis que d'autres disaient être plus souples et être vigilants face à ce groupe d'âge. En somme, la relation que les médecins entretiennent avec la prescription médicamenteuse se présente sous plusieurs formes, ce qui nous amène à inférer que le choix de traiter peut varier selon la prédisposition de chaque médecin.

Par ailleurs, au regard des résultats de l'étude, nous avons été en mesure d'observer que leur démarche était également subordonnée à des facteurs facilitants. Par exemple, les médecins mentionnaient l'importance d'un délai de consultation adéquat, d'un mode de rémunération à salaire, et de l'accès à des conseils de leurs collègues et des spécialistes en santé mentale pour empêcher une prescription précipitée. Ils mentionnaient également que



la disponibilité des ressources offertes aux jeunes adultes pouvait moduler de manière indirecte leur plan de traitement.

En plus des facteurs prédisposants et facilitants, des facteurs de renforcement ont également été identifiés par l'entremise de cette étude. Par exemple, les médecins rapportaient ne pas sentir de requête d'antidépresseurs de la part des jeunes adultes, mais plutôt une demande de soutien. Cela dit, ils reconnaissaient que les jeunes adultes présentaient des attentes par rapport à des solutions instantanées. Par ailleurs, il a également été mentionné que la souffrance exprimée par ces derniers, et la présence d'idéations suicidaires représentaient des éléments de renforcement pour les médecins. Enfin, la présente étude a également mis en lumière que les antidépresseurs représentent dans certaines situations un gage de prise en charge; ainsi pour les médecins, il s'agit d'une « garantie professionnelle » démontrant qu'une intervention a été effectuée, et pour les compagnies d'assurance-invalidité, une preuve que le patient est bel et bien affligé d'un problème psychologique.

Cette étude révèle des limites que nous devons considérer, notamment le fait que les résultats ne peuvent se transposer à l'ensemble des médecins de famille du Québec. Ces limites pourraient toutefois être minimisées dans d'éventuelles recherches, par exemple une étude comparative entre des médecins provenant de différents milieux, tels que des cliniques médicales privées et des GMF. Il serait pertinent également de réaliser une étude faisant un rapprochement entre le discours de ces médecins et leur profil de prescription. Plus important encore, il serait intéressant d'explorer le point de vue des jeunes adultes qui consultent un médecin de famille pour des problèmes de santé mentale et d'étudier l'interaction entre le patient et le médecin.

## Bibliographie

---

- Archambault, P. (1998). «États dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse. Résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans», *Population (Édition française)*, vol. 53, n° 3, p. 477-515.
- Association pour le Renforcement de l'Enseignement et de l'Apprentissage en Santé. (2008). Présentation d'une approche systémique pour l'analyse stratégique, la planification, le suivi et l'évaluation de projets de développement [Version électronique].
- ASSS. (2005). Plan d'action contre le suicide (PACS) 2005-2010-Territoire Québec-Métro. Ensemble pour faire mieux. (pp. 78). Québec: Agence de la Santé et des Services sociaux de la Capitale-Nationale.
- Avenir en santé. (2008). Carrière dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec: Médecin omnipraticien. Site Internet consulté le 23 avril 2008
- Bartels, S.J. *et al.* (2003). «Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses», *Psychiatr Clin North Am*, vol. 26, n° 4, p. 971-990, x-xi.
- Boisvert, W. (2004). «Prescrire un antidépresseur», *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 5, p. 41-47.
- Bradley, C.P. (1992). «Factors which influence the decision whether or not to prescribe: the dilemma facing general practitioners», *Br J Gen Pract*, vol. 42, n° 364, p. 454-458.
- Burgess, M. (1986). «An empirically grounded approach to ethical analysis and social change», dans I. Fischer et M. Todd (dir.), *Discourse... Advance in discourse processes*, Vol. 20, Norwood, Ablex, p. 49-77.
- Cohen, D. (1996). «Les « nouveaux médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé», *Sociologie et Sociétés*, vol. 28, n° 2.
- Collège des médecins du Québec. (2008). Monographie de la profession-Le médecin. Site Internet consulté le 22 janvier 2007
- Collin, J. (2003). «Médicament et vieillesse. Trois cas de figure», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 119-138.

- Collin, J. et al. (2000). *Analyse de la perspective des médecins omnipraticiens face à la prescription de médicaments psychotropes aux personnes âgées de Laval*. Laval: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.
- Collin, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Ste-Foy: Conseil de la santé et du bien-être.
- Conseil médical du Québec. (2001). *Les maladies mentales: un éclairage contemporain*. Ste-Foy: Gouvernement du Québec.
- CSSSVC. (2008). Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale. Site Internet consulté le 27 mars 2008
- Demers, L. (2005). «La profession médicale et l'État», dans V. Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 261-295.
- Desbiens, F. et C. Tremblay. (2004). *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la Capitale nationale*: Gouvernement du Québec.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.P. et M. Kerisit (1997). «Le devis de recherche qualitative», dans Poupart et al. (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaétan Morin, p. 85-111.
- Desmarais, D. (2001). «Avoir 20 ans et vivre de la détresse psychologique: un paradoxe contemporain», *Carrièreologie*, vol. 8, n° 1, p. 173-194.
- Desmarais, D. et al. (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective*, Ste-Foy, Les Publications du Québec.
- Dopheide, J.A. (2006). «Recognizing and treating depression in children and adolescents», *AM J health-Syst. Pharm*, vol. 63, n° 1, p. 233-243.
- Dorvil, H. et R. Mayer (2001). *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies*, Sainte-Foy.
- Drapeau, M. (2004). «Les critères de scientificité en recherche qualitative», *Pratiques psychologiques*, vol. 10, p. 79-86.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

- Faculté de médecine et la Faculté des sciences infirmières. (2006). Guide de réalisation du projet de recherche avec mémoire- Programme de maîtrise en santé communautaire. In U. Laval (Ed.).
- Fournier, L. *et al.* (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. La santé mentale et les besoins de soins des adultes* (No. 2-89494-342-3).
- Garnier, C. *et al.* (2005). *Systèmes de représentations sociales liées à la prescription et à l'observance des médicaments: Le cas des antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antidépresseurs* (Rapport de recherche). Montréal: CQRS et CRSH-Grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments.
- Garnier, C. et L. Marinacci (2001). «Les représentations de la prescription des médecins surprescripteurs et non surprescripteurs», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 1-17.
- Green, L. et M. Kreuter (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach, 4e editions*, New York, McGraw-Hill.
- Hamel, M. et H. Valentini. (2003). *Programme nationale de santé publique 2003-2012*. Québec: Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Hansen, D.G. *et al.* (2003). «Antidepressant drug use in general practice: inter-practice variation and association with practice characteristics», *Eur J Clin Pharmacol*, n° 59, p. 143-149.
- Haxaire, C. *et al.* (2004). *La prescription d'antidépresseurs en médecine générale*. Document présenté au 72e congrès de l'ACFAS, Montréal.
- Hemels, M., G. Koren et T. Einarson (2002). «Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000», *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n°, p. 1375-1379.
- Heywood, A. *et al.* (1996). «Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking», *Preventive Medicine*, n° 25, p. 268-276.
- Hyde, J. *et al.* (2005). «A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants », *British journal of general practice*, vol. 55, n° 519, p. 755-762.
- Jacoby, A. *et al.* (2003). «A qualitative study to explore influences on general practitioner's decisions to prescribe new drugs», *British journal of general practice*, n° 53, p. 120-125.

- Jaycox, L.H. *et al.* (2006). «Adolescent primary care patients' preferences for depression treatment. », *Administration and policy in mental health and mental health services research*, vol. 33, n° 2, p. 198-207.
- Kavanagh, M. *et al.* (2006). *Dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention - Revue de la littérature*. Québec: Direction régionale de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*, Sillery, PUQ.
- Lafortune, D. (2007). «Expliquer, dépister et traiter médicalement les troubles du comportement des enfants et adolescents», *Nouvelles pratiques sociale*, vol. 19, n° 2, p. 63-75.
- Lafortune, D. et J. Collin (2006). «La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratique et pistes de recherche», *Canadian Psychology*, vol. 47, n° 3, p. 155.
- Lamarche, P.-A. *et al.* (2003). «Une synthèse des politiques sur les services de première ligne», *Coup d'oeil sur la recherche et l'évaluation*, n° 12, p. 4.
- Lamontagne, Y. (2007). *Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007*: Collège des médecins du Québec.
- Lavergne, F. et G. Beaulé. (2004). *Détresse psychologique chez les jeunes de 15-30 ans*. Rouyn-Noranda: Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Légaré, G. *et al.* (1995). Santé mentale. Détresse psychologique. Idées suicidaires et parasuicides [Version électronique]. *Les classiques des sciences sociales*, Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi.
- Lesage, A. (1996). «Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques», *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, n° 1, p. 79-96.
- Macey, L. *et al.* (2005). «Effects of the Committee on safety of medicines advice on antidepressant prescribing to children and adolescents in the UK», *Drug safety*, vol. 28, n° 12, p. 1151-1157.
- Magno Zito, J. *et al.* (2002). «Rising prevalence of antidepressant among US youths», *Pediatrics*, vol. 109, n° , p. 721-727.



- Mailhot, M.-P. (2006). *Les groupes de médecine de famille (GMF) et les personnes atteintes d'un trouble transitoire de santé mentale : impact d'un changement de structure sur les services*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, Ste-foy.
- Makrides, L., P. Veinot *et al.* (1997). «Primary care physicians and coronary heart disease prevention: a practice model», *Patient education and counseling*, vol. 32, p. 207-217.
- Mann, K. et W. Putman (1989). «Physicians' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction», *Preventive Medicine*, vol. 18, n<sup>o</sup>, p. 45-89.
- Monette, J. *et al.* (1994). «Do medical education and practice characteristics predict inappropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly», *Academic medicine*, vol. 69, supplément, p. 10-12.
- MSSS. (1995). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête de Santé Québec*: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2000). *L'usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs : prévalence, déterminants et conséquences*: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2008). Lexiques. Site Internet consulté le 20 avril 2008
- Noumbissi-Nana, C. (2004). *Souffrance psychique : prise en charge en médecine générale*. Collège des Hautes études en Médecine, Brest.
- Paillé, F. (2004). «La surconsommation médicamenteuse des personnes âgées», *Thérapie*, vol. 59, n<sup>o</sup> 2, p. 215-222.
- Parquet, P.-J. (2002). Itinéraire des déprimés. Site Internet consulté le 23 avril 2008.
- Pelletier, R. (2001). *Comprendre, Planifier, Intégrer Et agir. Modèle de planification Application à l'organisation et à la recherche communautaires*. Montréal: Comité prévention de la Coalition des Organismes Communautaires Québécois de lutte contre le Sida.
- Poulin, C. (2003). *Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans. Détection précoce et traitement dans les services de première ligne*. Montréal: Direction de santé publique de Montréal-Centre.
- Poupart, J. (1997). «L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques», dans J. Poupart *et al.* (dir.), *La recherche*

*qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaétan Morin, p. 174-209.

- Prescrire, R. (2007). «Antidépresseurs : suicides chez les jeunes adultes», *Revue Prescrire*, vol. 27, n° 288, p. 751.
- Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- Réseau de recherche en santé des populations du Québec. (2008). L'organisation des services de santé de première ligne : Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Site Internet consulté le 27 mars 2008
- Sleath, B. et Y.-C. Tina Shih (2003). «Sociological influences on antidepressant », *Social Science & Medicine* vol. 56, n° 6, p. 1335-1344.
- Starfield, B. *et al.* (2003). «The Contribution of Primary Care Systems to health Outcomes within OECD Countries (1970-1998) », *HSR: Health Services Research*, vol. 38, n° 3, p. 831-865.
- Statistiques Canada. (2001). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - 2000-2001*: Gouvernement du Canada.
- Stevenson, F.A. *et al.* (2000). «Qualitative methods and prescribing research», *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, vol. 25, p. 317-324.
- Tamblyn, R.M. *et al.* (1994). «Questionnaire prescribing for elderly patients in Québec», *Canadian Medical association journal*, vol. 150, n° 11, p. 1801-1809.
- Tepper, J. (2004). *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- Wright, A. *et al.* (2006). «Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign-The Compass strategy», *BMC Public Health*, vol. 6, n° 215, p. 1-13.

## Annexe 1 : Schéma d'entrevue

---

### Grille d'entretien individuel avec un médecin de famille

#### Titre du projet :

***Prescrire ou non des antidépresseurs à de jeunes adultes.  
Étude des facteurs individuels et environnementaux influant sur la  
décision du médecin de famille.***

#### Objectif :

L'objectif général de la présente étude est d'améliorer la compréhension de la démarche du médecin de famille dans le traitement des problèmes de santé mentale des jeunes adultes.

**Durée** : environ de 30 à 45 minutes

#### Étapes à franchir avant le début de l'entretien :

**Code de l'entretien:** \_\_\_\_\_

**Date de réalisation de l'entretien:** \_\_\_\_\_

**Présentation de l'étude, du déroulement de l'entretien, de la possibilité de l'interrompre en tout temps**

ok\_\_\_\_\_

**Demande d'autorisation d'enregistrement**

ok\_\_\_\_\_

**Lecture du formulaire de consentement**

ok\_\_\_\_\_

**Signature du consentement**

ok\_\_\_\_\_

Questionnement ouvert

- 1. Lorsque vous êtes en présence d'un jeune adulte (18-30 ans) présentant des signes de dépression ou de détresse psychologique, quels éléments vont influencer votre décision de lui prescrire ou non un antidépresseur?**

**De ces éléments, lesquels sont particuliers au fait de prescrire à des jeunes adultes ?**

Questionnements spécifiques aux groupes de facteurs

Facteurs liés aux antidépresseurs (Facteurs prédisposants)

- 2. Y'a-t-il des éléments que vous considérez dans votre décision qui ont un rapport direct avec le fait de prescrire un antidépresseur ?**
- Ses croyances, attitudes face aux antidépresseurs
  - Connaissance des bienfaits ou des inconvénients liés aux antidépresseurs
  - Connaissance et maîtrise des effets secondaires

Facteurs liés au patient (Facteurs facilitants et de renforcement)

- 3. À votre avis, votre décision peut-elle être influencée par le patient qui se trouve en face de vous? Si oui, de quelles façons?**
- Ses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, occupation, etc.)
  - Ses connaissances des antidépresseurs
  - Ses attentes face au médecin
  - Son attitude face à la prise d'un antidépresseur (Demande, insistance, réticence)
  - Son historique médical (\*Chronicité, non-observance, etc.)
  - Son accès à des ressources (Programme d'aide aux employés, ressources universitaires, etc.)
  - Le fait qu'il soit assuré ou non

Facteurs liés au milieu de pratique (Facteurs facilitants)

- 4. Est-ce que vous croyez que des éléments provenant de votre milieu de pratique entrent en ligne de compte dans votre décision?**
- Mandat de l'établissement (Enseignement, rentabilité, etc.)
  - Type de pratique
  - Lieu de pratique (privé vs public)
  - Volume de pratique
  - Temps de consultation alloué à chaque patient

- Possibilité de revoir le patient à plusieurs reprises
- Convention ou norme de prescription de la clinique
- Philosophie de l'établissement (éducative, préventive, curative, etc.)

#### *Culture de l'établissement*

- La perception des autres médecins face à la dépression et à la détresse psychologique chez les jeunes adultes
- Les attitudes des collègues envers la prescription d'antidépresseurs
- Les comportements de prescription des autres médecins
- L'application de recommandations, de guides ou de politiques de prescription officielles par les autres médecins.

#### Facteurs liés au réseau de services de santé (Facteurs facilitants et de renforcement)

##### **5. De manière plus large, croyez-vous que des éléments relevant du réseau de services de santé et de sa structure peuvent influencer votre décision?**

- Relation avec ressources spécialisées ou psychothérapeutiques
- Relation avec des collègues plus spécialisés en matière de santé mentale
- Accès à du personnel de soutien (infirmières, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.)
- Accès à des ressources informatiques
- Accès à de la formation ou de la documentation concernant les troubles de santé mentale

##### **6. Et plus largement encore, que des éléments qui relèvent du système de santé peuvent influencer votre décision?**

- Les politiques de santé (Politique du médicament)
- Les programmes de prévention et promotion directement ou indirectement liés à la santé mentale (Suicide, dépression, toxicomanie)
- Les politiques de remboursement des médicaments
- La volonté du gouvernement de couper dans les dépenses en matière de médicaments

#### Facteurs liés au médecin de famille (Facteurs prédisposants et facilitants)

##### **7. Lors de cet entretien, nous avons discuté des éléments qui sont en quelque sorte extérieurs à vous (le patient, le milieu de pratique, le réseau de soins, etc.). Maintenant, est-ce que vous croyez que des éléments liés à votre bagage personnel peuvent influencer votre décision?**

- Caractéristique sociodémographique (Sexe, Âge, etc.)
- Ancienneté en tant que médecin
- Valeurs, attitudes et croyances face à la prescription d'un antidépresseur.
- Formation (Connaissances en santé mentale et pharmacologie)
- Confiance dans votre pratique et votre compétence pour régler un problème de santé mentale
- Aptitude à faire face à des incertitudes (Diagnostic, traitement approprié, etc.)



Récapitulation

**8. Lors de l'entretien, nous avons discuté des points suivants :**

**Est-ce que vous estimez avoir fait le tour des éléments que vous considérez pour prendre une décision quant à la prescription d'un antidépresseur chez un jeune adulte?**

Renseignements personnels (Facteurs prédisposants)

**9. Dans un dernier temps, est-ce possible de vous demander quelques renseignements plus personnels :**

Année de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Nombre d'années de pratique : \_\_\_\_\_

## **Annexe 2 : Formulaire de consentement destiné aux médecins de famille**

---

### **Formulaire de consentement**

Prescrire ou non des antidépresseurs à de jeunes adultes. Étude des facteurs individuels et environnementaux influant sur la décision du médecin de famille.

1. La recherche est effectuée dans le cadre d'un projet de maîtrise en santé communautaire, sous la direction de Mme Michèle Clément et du docteur Clément Beaucage.
2. La recherche poursuit l'objectif suivant : améliorer la compréhension de la démarche du médecin de famille dans le traitement des problèmes de santé mentale des jeunes adultes.
3. La participation du médecin de famille prend la forme d'un entretien d'une durée variant **entre 30 et 45 minutes**, qui sera **enregistrée** pour faciliter la conservation et l'exploitation du matériel recueilli;
4. Le médecin de famille est libre de ne pas répondre à toutes les questions et a la **possibilité de se retirer** de cette recherche en tout temps, sans devoir fournir de raison et sans subir de préjudice quelconque;
5. En ce qui concerne la **confidentialité** du médecin de famille et des renseignements fournis, les mesures suivantes sont prévues ;
  - Le nom de ce dernier n'apparaîtra sur aucun rapport. Il n'apparaîtra que sur le présent formulaire conservé par l'étudiante responsable de l'étude ;
  - Un code numérique remplacera son nom, et ce, du début de la transcription des entretiens jusqu'au rapport final, de même que dans les publications ultérieures ;
  - Dans la mesure où d'autres noms seront mentionnés durant l'entretien, ces derniers seront tous dénominalisés ;
  - Seule l'étudiante réalisant cet entretien détiendra les enregistrements sur cassettes et ces dernières seront archivées à la demeure de celle-ci jusqu'à la fin de la recherche, soit au dépôt final du mémoire de maîtrise, après quoi elles seront détruites.
6. Un mémoire de maîtrise contenant les résultats de la recherche sera déposé à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval ainsi qu'à la bibliothèque du Pavillon Bonenfant;
7. Une **copie du formulaire de consentement** est remise à chacun des médecins participant à la recherche.
8. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (no d'approbation : 2006-255).

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à  
participer à cette recherche.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin de famille

\_\_\_\_\_  
Anaïs-Monica McKay, Chercheure      Date

\*Pour toute plainte ou critique à formuler à l'égard de cette recherche, veuillez vous adresser au bureau de l'ombudsman de l'université Laval, aux coordonnées suivantes :

Bureau de l'ombudsman  
Pavillon Alphonse-Desjardins, Local 3320  
Cité universitaire, Québec (Québec)  
Canada G1K 7P4  
Téléphone : (418) 656-3081  
Courriel : [ombuds@ombuds.ulaval.ca](mailto:ombuds@ombuds.ulaval.ca)