

Article

« Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives »

Youcef Ouadahi, Alain Lesage, Jean Rodrigue et Marie-Josée Fleury

Santé mentale au Québec, vol. 34, n° 1, 2009, p. 161-172.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/029764ar>

DOI: 10.7202/029764ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives

Youcef Ouadahi*

Alain Lesage**

Jean Rodrigue***

Marie-Josée Fleury ****

Des changements qui ont touché notre système de santé ces dernières années, la réforme des soins primaires a surtout retenu l'attention. Dans ce contexte, la création des groupes de médecine de famille (GMF), l'émergence de cliniques réseau ou encore, l'instauration de nouveaux modes de rémunération entre les CSSS et les médecins en pratique privée constituent les choix stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour développer des services de première ligne accessibles, et favoriser une meilleure prise en charge des problèmes de santé chroniques et complexes. La réforme des services de

* MBA, Agent de planification, programmation et recherche, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

** M.D., FRCPC, M. Phil., DFAPA, professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Chercheur, Centre de recherche Fernand-Séguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*** M.D., Directeur des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

**** Ph. D, Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill, Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Remerciements

Nous remercions tous les commanditaires de ce projet : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), l'Association québécoise des établissements de la santé et des services sociaux (AQESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les Agences régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) de Chaudière-Appalaches, Montérégie, Montréal, Outaouais et Québec et les Instituts universitaires en santé mentale Douglas et Robert-Giffard. Nous aimerions souligner tout particulièrement la précieuse contribution de la FMOQ pour le soutien au traitement des données de la RAMQ.

première ligne, qui constitue une préoccupation nationale et internationale (OMS, 2001 ; MSSS, 2000), vient reconnaître le rôle essentiel des omnipraticiens auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux plus courants telles la dépression et l'anxiété, et les troubles mentaux graves comme les psychoses.

Au Québec et ailleurs dans le monde, les troubles mentaux n'ont pas toujours retenu l'attention du système de santé. De même, l'attention portée aux omnipraticiens dans la planification des soins en santé mentale est fort récente (Kovess et al., 2001). Des raisons historiques expliqueraient ce phénomène. Avant les années soixante, les hôpitaux psychiatriques avaient l'entière responsabilité de la santé mentale. Par la suite, l'avènement de la psychiatrie communautaire a déplacé la responsabilité des hôpitaux psychiatriques vers les équipes spécialisées de secteur. On estimait durant cette période que les problèmes de santé mentale ne relevaient pas de la responsabilité des services de première ligne, du moins les services octroyés aux personnes atteintes de troubles graves de santé mentale (Fleury et al., 2004). Depuis l'adoption du projet de loi 83, qui a entériné la création des CSSS et sanctionné l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services de santé (MSSS, 2005), et du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005), les soins primaires et les omnipraticiens sont devenus au cœur de ces transformations.

Ces transformations sont particulièrement justifiées du fait que les professionnels de la santé, tout comme les organisations ont souvent été critiqués à cause de leur fonctionnement en silo (Fleury et al., 2007). Cette situation est particulièrement évidente en santé mentale où une étude récente (Fleury et al. 2008) a démontré que les omnipraticiens intervenant dans ce secteur ont développé très peu de collaboration interprofessionnelle. Parallèlement, les études épidémiologiques et les études sur les soins de première ligne mettent en évidence que les omnipraticiens identifieraient seulement entre 5 à 15 % de leur clientèle avec des troubles mentaux courants (Goldberg et al., 1980 ; Kovess et al., 2001). Bien en deçà de la prévalence pour la population qui est de près de 20 % (Kovess et al., 2001 ; Lesage et al., 2006).

Les banques de données administratives ont rarement été examinées pour observer les consultations en santé mentale. Or, de récents travaux effectués dans d'autres provinces canadiennes suggèrent que près de 20 % de la population consulte un omnipraticien pour des raisons de santé mentale à chaque année, et non de 5 à 15 % (Hamdi et al., 1998 ; Martens et al., 2004). Si le Québec affichait les mêmes résultats, la perception selon laquelle les omnipraticiens détectent

insuffisamment les problèmes de santé mentale pourrait être révisée. Contrairement aux données populationnelles qui rapportent la perception de l'individu de l'utilisation des services pour raison de santé mentale, les banques de données administratives collectent les actes et les diagnostics posés et rapportés par l'omnipraticien.

À partir des données administratives de paiement à l'acte des médecins, cet article examine ainsi les questions suivantes : quelle est la proportion de la population qui a été vue par les omnipraticiens pour des problèmes de santé mentale ; pour quels diagnostics ; par combien de médecins et combien de fois par année ; dans quels types d'établissements ; et quelle utilisation des services médicaux font les personnes identifiées avoir au moins eu un contact en santé mentale durant l'année, par rapport aux personnes sans contact en santé mentale ?

Méthodologie

En collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), nous avons effectué une série d'analyses sur la banque de données de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour les années 2002 et 2006. Cette banque de données est dénominalisée et les chercheurs ont eu seulement accès aux résultats des analyses présentées, en conformité avec l'accord des comités d'éthique de l'Institut universitaire en santé mentale du Douglas et des centres participant à l'étude principale (Fleury et al., 2008). Près de 75 % des revenus des omnipraticiens du Québec proviennent du paiement à l'acte (Savard et al., 2007 ; Ouadahi et al., 2008 ; ICIS, 2005 ; SNM, 2007). Afin d'être remboursés, ils doivent soumettre une demande pour chaque patient et indiquer l'acte posé et le diagnostic principal. Nous avons défini un contact en santé mentale effectué durant une année civile, comme suit : lorsque lors d'une visite médicale, un diagnostic relié à un problème de santé mentale selon la CIM-9 (essentiellement les codes compris entre 290 à 315 du CIM-9) a été posé, ou lorsqu'un acte psychothérapeutique (évaluation psychiatrique, thérapie de soutien) a été facturé. Les diagnostics de santé mentale et les actes psychothérapeutiques de la banque de données de la RAMQ ont ainsi constitué les indicateurs de notre analyse et ont servi pour le calcul des statistiques présentées dans la section qui suit.

Principaux résultats

Les données sur la population du Québec, âgée de plus de 18 ans et qui a consulté un omnipraticien en 2006 sont présentées dans le tableau 1 en fonction de deux groupes, ceux ayant consulté au moins

Tableau 1 : Population du Québec âgée de plus de 18 ans ayant consulté un omnipraticien en 2006

	Ayant consulté au moins une fois pour raison de santé mentale	Ayant consulté pour autre raison que santé mentale	Ensemble des patients ayant consulté
Nombre de patients	909 850	3 630 824	4 540 674
Évolution par rapport à 2002	+ 0,6 %	+ 3,8 %	+ 3,1 %
Poids relatif par rapport à la population du Québec âgée de plus de 18 ans, en 2006	15,0 %	59,9 %	74,9%
Poids relatif par rapport à la population qui a consulté un omnipraticien	20,03 %	79,96 %	100 %

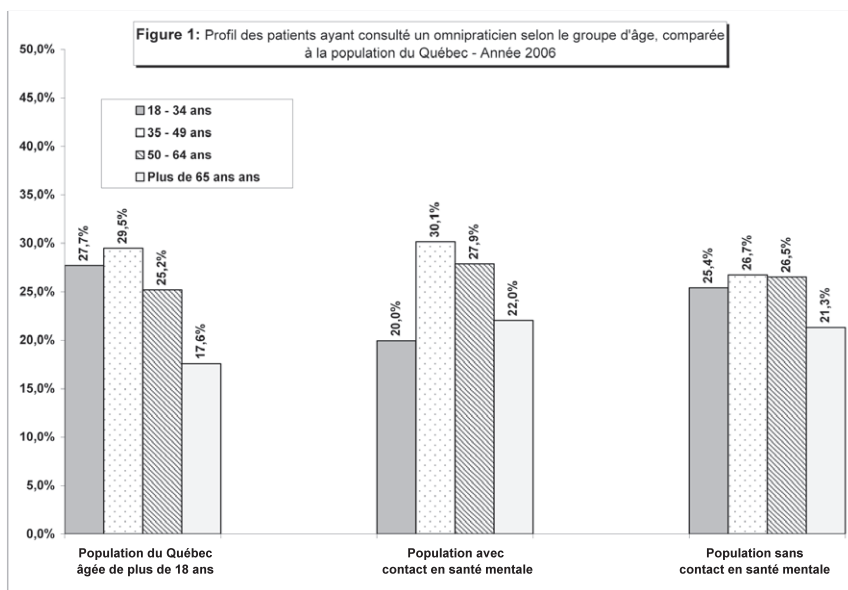
une fois pour raison de santé mentale versus ceux qui ont consulté pour d'autres raisons que la santé mentale. Ainsi, en 2006, 3 Québécois sur 4 consultent un omnipraticien, et 20 % d'entre eux, pour des raisons de santé mentale. Ces derniers représentent 15 % de la population du Québec âgée de plus de 18 ans. En comparaison à 2002, le groupe ayant consulté en 2006 pour d'autres raisons que la santé mentale a sensiblement augmenté (+3,8 %) par rapport à celui ayant consulté pour des raisons de santé mentale (+0,6 %).

La figure 1 illustre la répartition des consultations par groupe d'âge. Par rapport à leur poids démographique, les jeunes de 18-34 ans sont un peu moins souvent en contact avec les services de santé que les personnes âgées de 50 ans et plus, en général surreprésentées. Une analyse selon le genre montre que les femmes représentent le plus important groupe qui consulte (56 %) pour des raisons de santé générale, mais plus encore pour des problèmes de santé mentale (63 % de la population).

Les données descriptives des actes médicaux sont présentées au tableau 2. Bien que les patients qui ont eu un contact en santé mentale (PACSM) représentent 20 % de la population qui ont consulté en 2006,

Tableau 2: Nombre d'actes médicaux consommés au Québec en 2006 par les patients âgés de plus de 18 ans

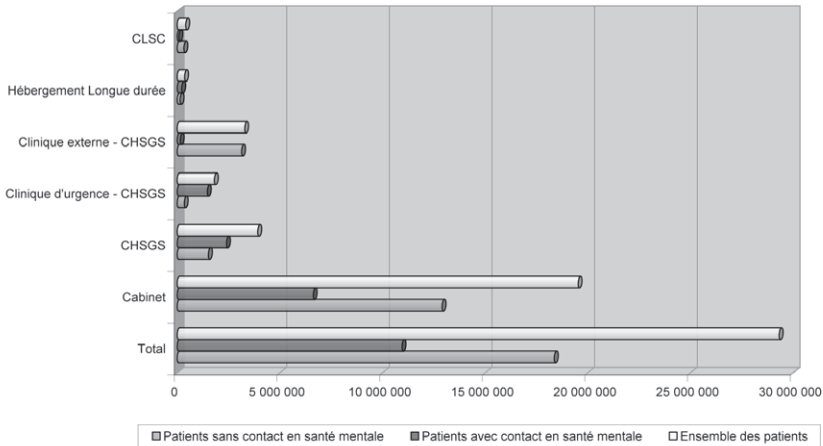
	Ayant consulté au moins une fois pour raison de santé mentale	Ayant consulté pour autre raison que santé mentale	Ayant consulté quelque soit la raison
Nombre d'actes pour les patients	10 953 816	18 366 641	29 320 457
Poids relatif par rapport à l'ensemble des actes	37,4 %	62,6 %	100 %
Nombre moyen d'actes par patient	12,04	5,06	6,46



ils consomment 37 % des actes. Les patients ayant eu un contact en santé mentale (PACSM) ont reçu deux fois plus d'actes médicaux (12,04 vs 6,46) que les patients sans contact en santé mentale, mais seulement 2 de ces 12 actes en moyenne l'étaient pour une raison de santé mentale (les 10 autres, pour d'autres conditions médicales). Par ailleurs, les patients ont rencontré en moyenne 2,23 médecins en 2006, et ce sont les PACSM qui rencontrent le plus de médecins, avec 3,02 médecins rencontrés en moyenne (écart-type : 2,74).

Pour l'ensemble des patients, les omnipraticiens ont principalement dispensé des services en cabinet (figure 2), situation qui est demeurée stable au cours des deux périodes de l'étude (2002 et 2006) ; les autres services fournis l'étant dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), en clinique externe et en urgence, et dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Pour les PACSM, les services dispensés par les omnipraticiens suivent sensiblement le même profil que pour l'ensemble des patients, à l'exception des urgences où le taux de soins dispensés pour les PACSM est considérablement plus élevé (13 %) que pour l'ensemble de la population (1 %). Les urgences représentent en fait le troisième lieu de dispensation de soins pour les PACSM, venant après les soins obtenus en cabinet et en CHSGS mais devant ceux en cliniques externes.

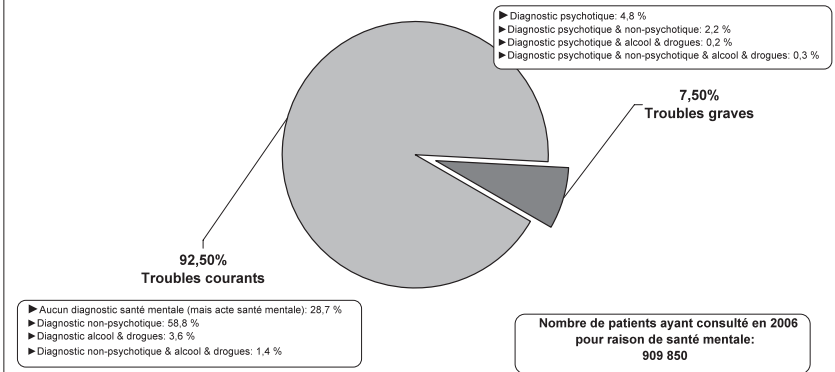
Figure 2 : Nombre d'actes consommés par les patients en 2006 selon le lieu de pratique



Notes : CLSC: centre local de services communautaires - CHSGS: centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

La figure 3 regroupe les catégories mutuellement exclusives des diagnostics de troubles non psychotiques et psychotiques, d'alcool et drogues retrouvées chez les patients qui ont consulté un omnipraticien, et leur répartition en troubles courants ou graves. Elle indique que des personnes ayant consulté pour raison de santé mentale en 2006 (soit 20 % de la population), 92,5 % présentent un trouble courant, comparativement

Figure 3 : Répartition des patients ayant consulté un omnipraticien pour raison de santé mentale en 2006 par catégorie mutuellement exclusive de diagnostics de santé mentale



à 7,5 % pour qui un diagnostic de troubles graves a plutôt été émis. Par ailleurs, si l'on compare l'année 2006 à l'année 2002, on constate une augmentation importante (9,8 %) du nombre de personnes inscrites sans diagnostic de santé mentale parmi les patients ayant eu un contact en santé mentale est à souligner. C'est en fait ce groupe (aucun diagnostic de santé mentale, mais acte de santé mentale) qui a le plus augmenté durant cette période.

Discussion

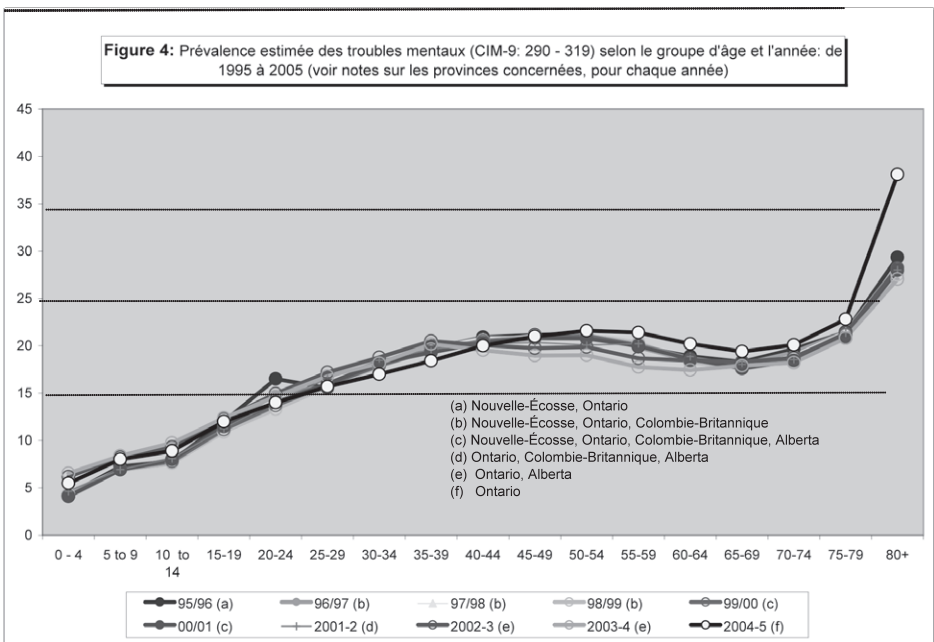
Nos résultats identifient ainsi que les médecins détectent et diagnostiquent un nombre substantiel de problèmes de santé mentale. Nos données ont mis en relief que 20 % des personnes ayant consulté un omnipraticien en 2006 ont été identifiées par ce dernier comme ayant, soit un diagnostic de santé mentale, soit ayant reçu un acte de santé mentale. Ces personnes représentent 15 % de la population adulte du Québec. D'après nos données, il ne semble donc pas y avoir de problèmes d'accès aux services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces derniers rencontrent plus de médecins (3,02 vs 2,33), ils ont deux fois plus d'actes que les autres en moyenne (12,04 vs 6,46), et ils sont surtout rencontrés en cabinet, en CHSGS et dans les urgences. Les omnipraticiens représentent le premier point de contact avec le système de santé pour les personnes souffrant de troubles mentaux (Wright et al., 2005, Lesage et al., 2006). En effet, la préférence des personnes souffrant de troubles de santé mentale pour les omnipraticiens s'explique par divers facteurs : la proximité, l'accessibilité, un moindre risque de stigmatisation et le fait que la santé physique est traitée tout autant que la santé mentale (Fleury et al., 2008, Jenkins et Strathdee, 2000).

Cependant, le fait d'avoir accès à un omnipraticien ne se traduit pas nécessairement par une continuité des services, qui sous-entend non seulement le fait de recevoir un patient en consultation, mais aussi d'en assumer le suivi au cours des années sur le plan de la santé physique et/ou santé mentale. Cette notion de continuité des soins sous-tend le fait d'avoir un « médecin de famille ». Malheureusement, les statistiques actuelles démontrent qu'environ 25 % de la population du Québec n'a pas de médecin de famille (Castonguay, 2007). L'accès aux soins d'un omnipraticien ne veut pas nécessairement dire que la continuité des soins est assurée pour les PACSM. Elle ne se traduit pas non plus par une qualité des services adéquate — certains patients pouvant aussi avoir été essentiellement référés à un autre professionnel de la santé mentale. L'augmentation significative des actes psychothérapeutiques, dénotée entre 2002 et 2006, est néanmoins importante à signaler, et

témoigne d'un certain changement des comportements professionnels ou des populations.

Les taux annuels rapportés de consultation pour raison de santé mentale pour le Québec (c'est-à-dire le 20 %) sont identiques aux taux identifiés dans d'autres provinces canadiennes qui utilisent les mêmes types de banques de données administratives, et les mêmes définitions pour les diagnostics qui sont présentées à la figure 4 (Gilbert, 2007). Il faut souligner une stabilité des taux observés sur des périodes d'observation plus longues, et c'est cette statistique que nous avons enregistrée au Québec entre 2002 et 2006 (Ouadahi et al., 2008). Par ailleurs, des chercheurs de la Colombie-Britannique et du Manitoba (Hamdi et al., 1998; Martens et al., 2004; Slomp et al., 2009) ont analysé des périodes d'observation consécutives de 3 à 5 ans plutôt qu'un an. C'est près de 35 % de la population qui a été identifiée comme ayant un trouble mental par un médecin de ces provinces. On se rapproche ainsi de la prévalence à vie des troubles mentaux telle que rapportée dans les enquêtes populationnelles.

Enfin, la tendance chez les personnes avec des troubles mentaux, à consulter davantage pour d'autres problèmes de santé a été bien documentée dans d'autres juridictions (Katon et al., 2007). Ce phéno-



mène pourrait s'expliquer par une somatisation qui serait plus grande chez les personnes avec des troubles anxieux et dépressifs (Kirmayer et al., 1998), mais aussi par une association plus significative avec des maladies chroniques. L'analyse d'une autre enquête canadienne révélait que près de 66 % des personnes identifiées avec une dépression rapportaient avoir aussi été traitées pour une maladie chronique (Schmitz et al., 2007).

Les résultats sur le nombre de personnes reconnues par l'omnipraticien comme ayant un trouble mental ou pour lesquelles un acte psychothérapeutique a été posé, selon les banques de données administratives, contrastent avec les résultats des enquêtes faites auprès d'échantillons représentatifs de la population qui sont basés sur la réponse des répondants de leur utilisation des services de santé mentale. Ainsi, la dernière enquête menée par Statistiques Canada en 2002 révélait que 5 % des répondants rapportaient avoir vu un omnipraticien pour cause de santé mentale durant la dernière année ; un taux uniforme dans les différentes provinces incluant le Québec. Ce taux de 5 % est ainsi bien en deçà de ce que les omnipraticiens rapportent selon les banques de données administratives. En s'appuyant sur ces études populationnelles, plusieurs auteurs ont donc conclu que les omnipraticiens ne dépisteraient et ne diagnostiqueraient pas la majorité des personnes avec des troubles mentaux (Fournier et al., 2007 ; Lesage et al., 2006). Ce contraste est sans doute dû aux enquêtes populationnelles où le taux de réponses de même que la formulation des questions peuvent sous-estimer l'utilisation des services (Rhodes et Fung, 2004).

Bien que cette recherche apporte un éclairage nouveau sur la dispensation des soins en santé mentale, elle comporte aussi des limites liées principalement à l'exploitation des banques de données administratives décriées par les chercheurs pour leur fiabilité. Toutefois, comme les médecins sont payés sur la base de l'information fournie pour chaque visite d'une personne éligible à la RAMQ, c'est de leur intérêt de rapporter de façon fiable ces visites et leur nature, et renforcer la fiabilité des statistiques. La fiabilité des diagnostics ou des catégories d'actes posés a aussi été soulevée. Cependant, en considérant de grandes catégories de regroupement, on obtient des prévalences qui se rapprochent des taux et de la répartition établis dans les enquêtes épidémiologiques avec des outils standardisés. Ces prévalences correspondent à environ une personne sur cinq dans la dernière année, et l'on retrouve une prédominance des troubles mentaux courants, non psychotiques à 90 % et des troubles avec substances (Lesage et al., 2006). Enfin, rappelons que les données de la RAMQ ne tiennent pas compte des soins offerts en

CLSC; on sait qu'entre 12 et 28 % des omnipraticiens pratiquent en CLSC au Québec, y gagnent entre 75 et moins de 50 % de leur revenu (Savard et Rodrigue, 2007). Les données de la RAMQ sous-estiment aussi les soins octroyés en centres hospitaliers où les médecins sont payés à salaire et à tarif horaire. Si les soins fournis par les omnipraticiens payés sous un mode salarial et à tarif horaire étaient comptabilisés dans les banques de données de la RAMQ, il nous est permis de croire que les soins reliés à la santé mentale seraient encore plus importants. L'étude de Fleury et collaborateurs (2008) a particulièrement souligné le rôle majeur joué par les omnipraticiens en CLSC dans la dispensation des soins de santé mentale.

Les résultats de cette recherche incitent donc à croire que les omnipraticiens du Québec détectent et identifient, comme leurs collègues des autres provinces, la grande majorité des personnes souffrant de troubles mentaux, et qu'ils leur apportent des soins ou les réfèrent à un autre dispensateur de soins. L'enjeu se déplace ainsi de l'identification des personnes souffrant de troubles mentaux à la continuité et au traitement adéquat des problèmes de santé mentale et des autres conditions médicales pouvant affecter ces personnes. Un modèle de traitement dit de maladie chronique, recommandé en première ligne et qui s'inspire des perspectives de santé publique, de la hiérarchisation et de la continuité de soins intégrés (Montague, 2006; Montague et al., 2007), serait à privilégier, compte tenu que la majorité des personnes rencontrées en consultation pour trouble mental consultent aussi pour d'autres conditions médicales. D'autres volets de notre étude permettront de jeter un éclairage sur ces questions.

Références

- CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, THE CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT), 2001, Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, *Journal of Psychiatry*, 46, 1, 1S-91S.
- COMMISSION CASTONGUAY, 2008, *Le Rapport de la Commission Castonguay*, Gouvernement du Québec.
- CRAVEN, M., BLAND, R., 2002, Shared mental health care : A bibliography and overview, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 1.
- CRAVEN, M.A., COHEN, M., CAMPBELL, D., WILLIAMS, J., KATES, N., 1997, Mental Health Practices of Ontario Family Physicians : A Study Using Qualitative Methodology, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 11, 945-949.
- FLEURY, M.-J., BAMVITA, J.-M., TREMBLAY, J., LESAGE, A., FARAND, L., AUBÉ, D., FOURNIER, L., POIRIER, L.-R., LUSSIER, M.-T., LAMARCHE, P.,

- OUADAHI, Y., IMBOUA, A., 2008, *Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec*, Rapport de recherche, IRSC.
- FLEURY, M.-J., GRENIER, G., 2004, Historique et enjeux du système de santé mentale, *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé*, 10, 1, 21-38.
- FLEURY, M.-J., TREMBLAY, M., NGUYEN H., BORDELEAU L., 2007, *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 513 pages.
- GILBERT, C., 2007, *Journées bi-annuelles de santé mentale du Québec. Surveillance de la maladie mentale au Canada*.
- HAMDI, R., BIGELOW, D. A., 1998, *Fee-for-service psychiatry in British Columbia, 1995/96: Physicians, patients of physicians, services and costs*, Ministry of Health, British Columbia, Victoria.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, 2005, *Répartition géographique des médecins au Canada: au-delà du nombre et du lieu*, Ressources humaines de la santé, Ottawa.
- JENKINS, R., STRATHDEE, G., 2000, The integration of mental health care with primary care, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 277-291.
- KATES, N., CRAVEN, M. A., CRUSTOLO, A. M., NIKOLOAU, L., 1997, Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 960-965.
- KATON, W., LIN, E. H., KROENKE, K., 2007, The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness, *General Hospital Psychiatry*, 29, 2, 147-155.
- KIRMAYER, L., YOUNG, A., 1998, Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives, *Psychosomatic Medicine*, 60, 4, 420-430.
- LESAGE, A., VASILADIS, H. M., GAGNÉ, M. A., DUDGEON, S., KASMAN, N., HAY, C., 2006, *Incidence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada: Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Rapport préparé pour l'Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale. Disponible à http://www.ccmhi.ca/fr/products/documents/09_Prevalence_FR.pdf).
- LUCENA, R., LESAGE, A., ÉLIE, R., LAMONTAGNE, Y., CORBIÈRE, M., 2002, Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: A survey of practitioner's opinions and characteristics, *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 8, 750-758.
- MARTENS, P., MCKEEN, N., THE NEED TO KNOW TEAM, BURLAND, E., JEBAMANI, L., BURCHILL, C., DECOSTER, C., EKUMA, O., CHATEAU, D., ROBINSON, R.,

- METGE, C., 2004, *Patterns of Regional Mental Illness Disorder Diagnoses and Service use in Manitoba: A Population-based Study*, Manitoba Health, Winnipeg.
- MONTAGUE, T., 2006, *Le patient avant tout*, Chaire et groupe de recherche en gestion thérapeutique, Université de Montréal.
- MONTAGUE, T., GOGOVOR, A., KRELENBAUM, M., 2007, Time for chronic disease care and management, *Canadian Journal of Cardiology*, 23, 971-975.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2000, *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair)*, Québec.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2001, *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OUADAHI, Y., LESAGE, A., FLEURY, M. J., 2008, *Rôle des médecins de famille: Volet données administratives 2002 et 2006*, Rapport de recherche, Québec, Institut Universitaire Douglas en santé mentale.
- RHODES, A.E., FUNG, K., 2004, Self-reported use of mental health services versus administrative records: care to recall? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 3, 165-175.
- SAVARD, I., RODRIGUE, J., 2007, *Des omnipraticiens à la grandeur du Québec. Évolution des effectifs et des profils de pratique. Données de 1996-1997 à 2005-2006*, Direction de la planification et de la régionalisation — FMOQ.
- SCHMITZ, N., WANG, J., MALLA, A., LESAGE, A., 2007, Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study, *Psychosomatic Medicine*, 69, 4, 332-338.
- SONDAGE NATIONAL DES MÉDECINS (SNM), 2007, *Annexe aux documents d'information régionaux relatifs au Sondage national des médecins 2007 (SNM)*. Le collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- SLOMP, M., BLAND, R., PATTERSON, S., WITTAKER, L., 2009, Three-year physician treated prevalence rate of mental disorders in Alberta, *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 3, 199-203.