Association des médecins psychiatres du Québec

GUIDE MSRP EN GMF ET AUPRÈS DES ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE DES CLSC



Proposé par l'AMPQ en collaboration avec le CNESM

Septembre 2022

Guide MSRP en GMF et auprès des équipes de santé mentale des CLSC

Le guide GASMA proposé par l'AMPQ, en collaboration avec le CNESM *(Centre national d'excellence en santé mentale)*, explique de façon détaillée l'organisation optimale d'un guichet d'accès en santé mentale adulte et les activités de soutien du MSRP *(médecin spécialiste répondant en psychiatrie)* y oeuvrant.

L'expérience des dernières années a fait la démonstration que ce modèle d'organisation offre un très bon soutien à la première ligne en santé mentale, particulièrement au GASM, auprès des équipes de santé mentale des CLSC et en pédopsychiatrie. La pratique du MSRP est reconnue comme un appui de qualité pour les médecins de famille, les professionnels et les intervenants. Les services de MSRP sont maintenant appelés à se généraliser en soutien aux GMF (*Groupe de médecine familiale)*.

La demande accrue et les divers contextes d'exercice de l'activité MSRP amènent l'AMPQ à produire ici un guide visant à décrire les particularités de la pratique du MSRP en GMF et en CLSC, les enjeux rattachés à cette pratique et les ingrédients du succès pour la pratique de soins partagés en GMF.

Description des rôles et des tâches du MSRP en GMF et en CLSC

Mentionnons d'entrée de jeu que le rôle fondamental du MSRP demeure le même que celui décrit en soutien au GASM, quel que soit le lieu d'exercice. Rappelons les rôles de soutien clinique, repérage, filtre, facilitation, validation, formation, promotion des soins de collaboration et promotion des meilleures pratiques.

Les rôles fondamentaux du MSRP:

- Soutien clinique
- Repérage
- Filtre
- Facilitation
- Validation
- Formation
- Promotion des soins de collaboration
- Promotion des meilleures pratiques

Ces rôles seront toutefois à adapter aux équipes présentes et au contexte de la pratique de celles-ci. Ainsi, en GMF, où les conditions de pratique des médecins de famille ne permettent pas la tenue de longues réunions et où tous les médecins n'ont pas la même expérience ou aisance avec les problèmes de santé mentale, il faut favoriser le développement d'une dynamique d'équipe *(entre médecins et professionnels du GMF)* au moyen d'échanges cliniques et d'activités enseignement, de même qu'adapter les moments de discussions de cas. Cela peut parfois se faire sous forme d'échanges impromptus lorsque le MSRP est présent sur place au GMF ou, de manière plus structurée, par périodes de rendez-vous *(de 15 minutes, ou plus si requis)* pour les médecins ou les professionnels sur une plage horaire de présence du MSRP. Les discussions peuvent être individuelles ou en équipe, le suivi des patients en soins partagés s'effectuant de manière plus synergique si les intervenants de l'équipe ont pu discuter ensemble du cas.

Entre les rencontres sur place au GMF ou au CLSC, le MSRP peut offrir du soutien et une relation continue de collaboration en répondant à des consultations téléphoniques ou en échangeant avec les médecins et professionnels par voie électronique sécurisée *(courriel, visioconférence, textos pour de brèves questions non confidentielles)*.

La discussion de cas cliniques en équipe en GMF reste la voie privilégiée, car elle permet d'enseigner des connaissances et des aptitudes qui augmenteront la capacité d'évaluation et d'intervention des médecins et des professionnels, ce qui a un effet multiplicateur intéressant dans une perspective de desserte populationnelle.

Par la discussion précoce des cas, il devient possible pour les médecins et les équipes d'intervenir tôt, de favoriser une amélioration clinique rapide, d'éviter les complications et de maintenir le niveau fonctionnel de la personne.

La discussion régulière de cas cliniques, liée à des activités de formation formelles ou informelles, permet d'améliorer les compétences et le travail conjoint entre les membres de l'équipe. Elle peut aussi être l'occasion de favoriser des maillages entre l'équipe du GMF et du CLSC et le GASM, ainsi qu'avec les autres ressources de santé mentale de première et de deuxième lignes.

Lors des discussions de cas, en particulier des cas complexes, les sujets abordés peuvent toucher l'investigation *(anamnèse, examen mental, examens complémentaires comme des échelles de mesure, des examens de laboratoire, des tests d'imagerie, des consultations en médecine spécialisée, en neuropsychologie…)*, le diagnostic différentiel, la comorbidité et les avenues de traitement reconnues, dont certaines mieux indiquées dans certains cas que la médication ou la consultation en psychiatrie. Un plan de traitement interdisciplinaire peut aussi être établi, avec la contribution, par exemple, de travailleuses sociales, d'infirmières, d'ergothérapeutes, d'éducateurs, de psychologues ou de conseillers en réadaptation dans les cas d'invalidité prolongée.

Ces discussions de cas cliniques sont souvent l'occasion d'élargir l'échange en abordant de manière plus générale le sujet de la prise en charge de telle ou telle condition ou pathologie. Les guides de pratique reconnus peuvent être discutés. Des capsules de formation basées sur des vignettes cliniques ou des ateliers structurés peuvent aussi être préparés par le MSRP ou en collaboration avec celui-ci.

Lors de ces échanges, le MSRP doit autant que possible résister à la tentation de voir directement les patients ou d'entériner d'emblée une référence en consultation psychiatrique. Rappelons que la majorité des personnes peuvent et doivent être évaluées et traitées en première ligne. L'évaluation formelle d'un patient en GMF ou avec l'équipe de santé mentale au CLSC devrait surtout avoir un objectif didactique. Elle pourrait donc se faire en présence du médecin de famille ou avec le professionnel impliqué au suivi. Elle peut aussi se faire en mode miroir, avec le consentement du patient, de manière à ce que les autres professionnels de l'équipe puissent profiter de l'enseignement.

L'utilisation d'outils d'évaluation standardisés, des guides de pratique reconnus et des guides d'auto-soins *(ex. PQPTM)* peuvent être discutés, ajoutant de la rigueur à l'exercice.

Activités de MSRP en GMF et au CLSC:

- Discussions de cas
- Discussions élargies sur la prise en charge de diverses conditions ou pathologies
- Révision de guides de pratique, d'outils d'évaluation, de guides d'auto-soins
- Activités de formation formelles et informelles
- Entrevues d'évaluation clinique dans un but didactique

La planification des visites par le MSRP au GMF ou au CLSC est grandement facilitée et rentabilisée en termes de gestion de temps par l'assignation d'un intervenant-pivot (souvent une infirmière ou une travailleuse sociale) pour cette activité. Il peut inscrire les cas à discuter, les rendez-vous des patients si c'est le cas, les rendez-vous des médecins de famille et des professionnels qui ne peuvent venir que ponctuellement à la rencontre avec le MSRP… Il doit prévoir un local de dimension appropriée au nombre de participants. Après la rencontre, cet intervenant-pivot peut effectuer le suivi des discussions *(exemple: effectuer la liaison avec d'autres professionnels…).* Une note au dossier doit rendre compte de chaque cas discuté, nommant les professionnels présents, résumant la discussion et les recommandations précises qui ont été faites. L'équipe détermine qui sera responsable d'écrire cette note. Le MSRP n'a que rarement besoin de rédiger la note lui-même, à moins qu'il désire préciser des éléments particuliers *(comme des éléments en lien avec la dangerosité et la gestion du risque)*, tant pour la clarté des recommandations que pour l'aspect médico-légal. La note doit être consignée au dossier du GMF ou du CLSC. Avec l'accord du patient, elle peut être envoyée au dossier de l'hôpital où il consulte habituellement. Si le patient n'a pas de dossier hospitalier, on peut valider la possibilité de lui en ouvrir un, si possible. Certains MSRP inscrivent toutes les notes au dossier de la clinique externe où ils travaillent et envoient une copie au dossier du GMF. La fréquence des visites du MSRP en GMF et en CLSC est déterminée selon les besoins. Il est inutile et démotivant de prévoir des rencontres statutaires trop fréquentes, si le nombre de cas à discuter est faible et que les médecins et professionnels désertent l'activité…

Enjeux en lien avec l'implantation du service de MSRP en GMF et en CLSC

La base du travail du MSRP en GMF et en CLSC est la collaboration. Vu l'énorme pression de distribution de soins à laquelle les médecins de famille sont soumis, cette culture de collaboration est parfois difficile à instaurer. Il peut initialement paraître plus rapide et efficace de poursuivre selon le modèle médical traditionnel, où une consultation spécialisée en psychiatrie est demandée pour des cas qui semblent plus complexes ou exiger plus de temps. Le temps requis à la collaboration aux soins partagés n'est pas nécessairement vu d'emblée comme un bon investissement. Le mode de rémunération des médecins de famille peut aussi être un obstacle au fait de consacrer du temps en discussion de cas ou en réunion d'équipe. Enfin, tous les médecins de famille ne sont pas à l'aise avec la clientèle souffrant de troubles psychiatriques. Ce sont donc souvent les médecins intéressés et plus confortables avec cette clientèle qui ont tendance à participer aux activités de rencontre avec le MSRP. Il existe donc un défi réel de rejoindre tous les médecins et de les intéresser au modèle de soins partagés et aux activités de MSRP. Il faut cependant faire cet effort, puisque 40 à 50% des consultations chez le médecin de famille concerne des enjeux de santé mentale. Tous doivent donc améliorer leur niveau de confort et leurs connaissances afin de répondre aux besoins des patients.

Dans une perspective populationnelle, visant à rejoindre le plus grand nombre de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et à leur offrir des soins le plus près de leur milieu de vie, soit en première ligne, il est impératif de faire valoir les activités de MSRP en GMF et en CLSC. Il faut faire valoir aux médecins de famille que leur implication dans ces discussions de cas sera riche d'un enseignement généralisable à d'autres cas de leur pratique, augmentant ainsi leur aisance et leur compétence pour traiter les problèmes de santé mentale. Il faut que les acteurs impliqués dans la mise en place du service de MSRP de chaque région *(départements de psychiatrie, MSRP en exercice, directions des programmes de santé mentale et dépendances des CISSS-CIUSSS)* prennent contact avec les GMF et les équipes de santé mentale des CLSC pour discuter de leurs besoins et de leurs difficultés afin de mettre en place un service adapté à leur réalité.

Du côté des MSRP, certains enjeux peuvent aussi limiter l'implication des médecins psychiatres dans cette activité. Il faut parfois faire valoir à quelques uns d'entre eux les avantages des soins partagés et des activités de MSRP. D'autres voient les activités de MSRP comme spécialisées, requérant des compétences particulières… alors qu'il s'agit en fait d'une extension d'activités de psychiatrie générale, exercées dans une philosophie de soins partagés, à laquelle tout psychiatre est adéquatement préparé. Occasionnellement, la question de la responsabilité médico-légale est soulevée, du fait de discuter de cas cliniques sans avoir vu le patient. Les avis légaux à ce sujet supportent la pratique de MSRP, nous rappelant l'importance de la tenue de dossier pour témoigner des faits survenus lors des discussions.

Certaines considérations administratives et géographiques peuvent enfin interférer avec l'organisation du service et exiger des clarifications. Il faut que les CISSS-CIUSSS assurent la présence en nombre suffisant de professionnels formés en soutien aux activités de MSRP et en suivi partagé, en favorisant la stabilité des équipes. Des questions de territoires administratifs peuvent aussi devoir être clarifiées, comme, par exemple, si un GMF dessert des patients d'un autre CISSS-CIUSSS que celui auquel le MSRP est rattaché, il faut clarifier à quel GASM orienter la patient pour les services dont il pourrait avoir besoin. Habituellement, il s'agit du GASM du territoire du CISSS-CIUSSS où réside le patient.

Ingrédients du succès pour les soins partagés en santé mentale

Tel qu'évoqué précédemment, la collaboration est au coeur de la réussite de la pratique en soins partagés, incluant la pratique MSRP. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, cette collaboration s'exerce d'abord en acceptant d'adapter nos services de première et de deuxième ligne pour desservir le plus grand nombre de personnes possible et en reconnaissant l'effet multiplicateur de l'appui du MSRP aux médecins de famille et aux professionnels ouvrant auprès de la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale.

Cette collaboration s'exerce aussi en adaptant les activités MSRP à la réalité des différents milieux et des différents professionnels, en termes de modalités de rencontre et de la spécificité du soutien et de la formation dont ils ont besoin.

Du pont de vue administratif, la collaboration des CISSS-CIUSSS est aussi essentielle, en assurant la présence en nombre suffisant de professionnels formés et stables pour assurer des soins en santé mentale, tant pour l'évaluation que pour le suivi ponctuel ou à long terme lorsque requis.

Conditions gagnantes

- Collaboration
- Flexibilité
- Ressources professionnelles en nombre suffisant
- Stabilité des équipes

Conclusion

Bien que les services de MSRP aient connu une implantation intéressante dans la majorité des régions du Québec, des données récentes montrent que l'impact des activités de MSRP au Québec a été plus marqué en CLSC *(GASM et équipes de santé mentale)* et en pédopsychiatrie. Le déploiement de ces services en GMF apparaît donc comme une suite logique et pertinente.

Nous avons décrit dans ce document des activités spécifiques pouvant guider les psychiatres dans l'exercice de la fonction MSRP, reconnaissant du même souffle la nécessaire flexibilité pour s'adapter aux réalités de chaque milieu.

Les enjeux et les conditions de succès des activités MSRP ont également été décrites de manière à ce que les départements de psychiatrie travaillent de concert avec les gestionnaires des CISSS-CIUSSS pour mettre en place des mesures structurantes assurant le succès de ces activités.

Comité pour l'accessibilité aux services de l'AMPQ

DRE EDITH LABONTÉ, présidente du comité, CIUSSS de la Capitale Nationale
DR SIMON BÉGIN, CISSS du Bas-St-Laurent
DR OLIVIER FARMER, CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL
DRE CLAIRE GAMACHE, CISSS de Laval
DR DAVID ROBITAILLE, auteur principal, CISSS de la Montérégie-Est

ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC