



Le 29 janvier 2016

Par courrier électronique

Monsieur Robert Salois
Commissaire à la santé et au bien-être
1020, route de l'Église
Bureau 700, 7^e étage
Québec (Québec) G1V 3V9

Objet : Consultation publique sur le panier de services assurés en santé et services sociaux

Monsieur le Commissaire,

Dans le cadre de votre consultation publique sur le panier de services assurés en santé et services sociaux, nous souhaitons porter à votre attention certains éléments problématiques que les médecins psychiatres constatent dans leur pratique au quotidien et qui compromettent l'accès à des soins en santé mentale, mais surtout le rétablissement de la santé.

À l'exception de la psychothérapie, qui ne fait pas partie du panier de services assurés lorsque dispensée à l'extérieur des établissements, l'enjeu majeur en santé mentale relève de l'accès aux services assurés. Sur papier, plusieurs services sont couverts, mais il s'avère que les familles et les malades sont incapables de les obtenir. L'État prétend assurer l'hébergement, mais ne crée pas suffisamment d'unités adaptées pour ceux qui en ont besoin. L'État prétend assurer des services d'aide dans la communauté, mais les effectifs professionnels ne suivent pas. C'est là que réside le cœur du problème.

Nos principales et plus importantes préoccupations sont les suivantes :

- 1) Les maladies mentales touchent un grand pourcentage de la population entraînant une morbidité, tant physique que sociale et économique. Ces impacts touchent à la fois l'individu malade que sa famille qui est appelée à s'en occuper.
- 2) Les traitements pharmacologiques offerts sont adéquats, mais les traitements non pharmacologiques sont déficients, en particulier l'accès en temps opportun à la forme de psychothérapie appropriée au trouble spécifique (incluant la réhabilitation sociale/vocationnelle). Il est démontré scientifiquement que la psychothérapie est efficace et efficiente pour traiter certains troubles mentaux.
- 3) L'accès à une ressource d'hébergement appropriée pour les troubles sévères et persistants est problématique et entraîne des séjours allongés à l'hôpital qui nuisent à une saine réhabilitation
- 4) L'accès au traitement optimal en temps opportun pour assurer une prise en charge rapide des troubles mentaux qui réduirait les coûts indirects pour le gouvernement en diminuant les

prestations d'invalidité, d'assurance-emploi, de sécurité du revenu, de frais d'interventions policières, juridiques et pénales.

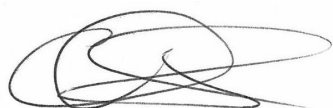
5) Nous proposons donc que soient inclus dans le panier de services du gouvernement les services de psychothérapie, de réhabilitation sociale/vocationnelle et d'hébergement pour les patients souffrant de troubles mentaux.

En outre, sur les critères retenus et utilisés pour soutenir la prise de décision quant à l'inclusion dans le panier de services, nous sommes d'accord sur les critères choisis. Nous aimerions attirer votre attention sur la capacité fonctionnelle de l'individu : son autonomie, sa capacité de décrocher et de garder un emploi qui devraient faire partie des considérations quant aux bénéfices supplémentaires apportés par le service.

Nous souhaiterions vivement avoir l'occasion de vous rencontrer pour étayer davantage les difficultés auxquelles font face nos patients et leurs familles.

Nous espérons que notre témoignage saura nourrir vos réflexions afin que nos patients qui sont atteints de troubles mentaux puissent être mieux soignés et avoir accès à des soins tout aussi fondamentaux que ceux offerts en santé physique.

Veillez recevoir, monsieur le Commissaire, nos salutations distinguées.



Dre Karine J. Igartua
Présidente

p.j. Recommandations et préoccupations de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) sur le panier de services assurés en santé et services sociaux
Plan d'action pour les services psychiatriques de l'AMPQ



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Préoccupations et recommandations de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) sur le panier de services assurés en santé et services sociaux

DÉPOSÉ AU COMMISSAIRE À LA
SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

29 janvier 2016

L'IMPACT DES MALADIES MENTALES

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

- les troubles mentaux et ceux liés à l'usage de substances psychoactives sont la principale cause d'incapacité dans le monde;
- environ 20 % des enfants et des adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux;
- en moyenne, environ 800 000 personnes se suicident chaque année et le suicide serait la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans;
- les troubles mentaux sont des facteurs de risque importants d'autres maladies ainsi que de traumatismes accidentels ou délibérés.

L'Institut universitaire de santé mentale de Montréal révèle en chiffres à peu près les mêmes données que celles dévoilées par l'OMS. Au Québec comme au Canada, la dépression touche 15 à 20 % des personnes au moins une fois au cours de leur vie. Selon les statistiques récentes, 10 à 15 % des personnes consultant un médecin généraliste souffrent de symptômes anxieux importants et, dans la population générale, 25 % des gens semblent avoir vécu de l'anxiété intense à un moment ou un autre de leur vie. Le dépistage et le traitement précoce réduisent également la probabilité que les troubles de santé mentale deviennent chroniques. Seulement 30 % des gens qui font une dépression cherchent de l'aide d'une part en raison de la stigmatisation entourant toujours la maladie mentale et, d'autre part, parce qu'ils ignorent tout simplement qu'ils font une dépression.

Selon une étude de l'Institut national de santé publique du Québec portant sur la prévalence et la mortalité (couvrant un an et basée sur des estimations produites à partir de données issues du jumelage de la RAMQ et du MSSS), près d'une personne sur cinq est atteinte de trouble mental: anxiété, dépression, schizophrénie avec des taux respectifs de 10 %, 5 %, et 1 %. L'analyse d'une enquête faite en 2002 montre, au Québec comme au Canada, que la majorité des personnes qui souffre de troubles mentaux ne consultent pas de professionnels de la santé (Gravel et Béland 2005, ISQ 2010), 5 % de la population déclare avoir consulté un médecin de famille aux fins de santé mentale (ISQ 2010), 2 % déclarent avoir vu un psychiatre dans la dernière année, et 3 % un psychologue (ISQ 2010).

Au Québec, la prévalence annuelle moyenne des troubles mentaux diagnostiqués était de 12 % en 2006 (gouvernement du Canada 2006). On estimait à 7,5 % les troubles anxio-dépressifs et à 0,4 % les troubles schizophréniques.

Il a été démontré que 50 % des pathologies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 22 ans. Il s'agit de la première cause d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans. Le suicide compte pour un peu plus du quart des décès chez les adolescents et il est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans, après les traumatismes routiers (PASM 2005-2010). Chez les personnes âgées, on estime qu'il y a entre 20 et 25 % de pathologies anxieuses et dépressives associées à de multiples facteurs déterminants propres au vieillissement.

Si la maladie mentale génère des coûts directs énormes, il faut ajouter aussi les coûts indirects résultant de son impact sur la productivité, sur la qualité de vie et sur l'espérance de vie des personnes qui en sont atteintes: surmortalité, développement d'autres maladies chroniques, problèmes d'accoutumance aux drogues, augmentation de l'itinérance. De plus, il faut prendre en compte l'impact sur les familles des personnes atteintes qui devront pallier les déficits entraînés par la maladie chez leur être cher. Les personnes atteintes de troubles sévères et persistants (tels la schizophrénie ou un trouble de personnalité sévère) pourront être dépendantes, tant financièrement que mentalement et d'un point de vue pratico-pratique, de leur famille. Celle-ci sera moins libre de vaquer à ses occupations propres en raison d'un besoin de prendre soin et/ou de superviser le malade.

En résumé, la maladie mentale peut toucher n'importe qui à un moment de sa vie, nonobstant le statut social ou professionnel. La prévalence moyenne des troubles anxieux et dépressifs se situe autour de 20 % et induit des coûts importants tant pour la personne concernée que sur le plan économique et social.

LE TRAITEMENT DE LA MALADIE MENTALE

Au Québec, nous avons une couverture pour les médicaments prescrits qui, en général, offre au médecin un arsenal thérapeutique adéquat pour traiter pharmacologiquement les maladies mentales. Nous avons

cependant remarqué que, relativement à des médicaments dans d'autres champs thérapeutiques, les nouvelles molécules psychotropes tardent souvent à obtenir leur approbation de l'INESSS et nous suggérons qu'un psychiatre soit nommé sur le Comité scientifique permanent de l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription pour en faciliter l'estimation.

Par ailleurs, la pharmacologie ne traite pas toutes les maladies mentales. Certaines ne répondent pas du tout aux médicaments, notamment les troubles de la personnalité. D'autres maladies sont traitées de façon optimale par une combinaison de psychotropes et de thérapie, c'est le cas de la dépression et des troubles anxieux. Quant à la schizophrénie, elle requiert, en plus d'une médication, une remédiation cognitive ou une réhabilitation sociale. De plus, certains patients préféreront traiter leur maladie mentale par la psychothérapie sans médicaments et ceci est tout à fait justifiable sur le plan clinique. En effet, dans son *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie* (juin 2015), l'INESSS conclut qu'il y a une efficacité comparable de la psychothérapie et de la pharmacothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs modérés. Au surplus, l'INESSS réitère que les avantages de la psychothérapie sont maintenus plus longtemps après la fin du traitement que ceux des médicaments.

Or, dans la plupart des régions du Québec, l'accès à des ressources psychothérapeutiques dispensées par des professionnels formés est difficile. Les ressources ne suffisent pas, les patients languissent sur des listes d'attente pendant que leur état s'aggrave avec pour conséquence que plusieurs patients abandonnent souvent leur demande d'aide.

LE PANIER DE SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE

Parler à quelqu'un peut toujours faire du bien, soulager une souffrance ou du moins une solitude. Ainsi, les demandes d'accès à la psychothérapie peuvent être infinies. Tenant compte des moyens limités de l'État, il faut inclure dans le panier de services couverts les services de psychothérapie les plus efficaces lesquels doivent être médicalement requis et impérativement prescrits par un omnipraticien ou un médecin spécialiste. La psychothérapie doit être utilisée pour traiter un trouble mental diagnostiqué, pour lequel il y a des données probantes quant à son efficacité. L'INESSS a d'ailleurs fait des travaux remarquables sur le sujet.

La thérapie vise une amélioration de la santé mentale de l'individu, promeut son autonomie et se termine lorsque l'amélioration est atteinte ou lorsque l'on constate qu'il n'y a plus de gains possibles. À notre avis, c'est une façon raisonnable de limiter les coûts.

Par ailleurs, il est essentiel de préciser que ce sont pas toutes les psychothérapies qui sont efficaces de manière équivalente pour tous les troubles mentaux. Il importe donc de cibler la bonne psychothérapie à la bonne pathologie. À titre d'exemple, les données démontrent que la la thérapie cognitivocomportementale (TCC) sera efficace pour les troubles anxieux ou les délires et hallucinations en schizophrénie alors qu'on préférera la thérapie familiale basée sur le modèle de Maudsley *Family Based Treatment* pour traiter l'anorexie chez les adolescentes.

Afin de maximiser l'utilisation efficiente de ressources limitées de psychothérapie, une revue exhaustive de la littérature sur l'efficacité des diverses approches psychothérapeutiques pour chaque trouble mental devra être complétée afin de déterminer les psychothérapies qui seront incluses dans le panier de services de l'État. À cet égard, dans d'autres juridictions que le Québec, il existe déjà des guides de pratiques cliniques qui peuvent être un bon point de départ notamment le *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

À l'automne 2015, l'AMPQ a mis sur pied un comité sur l'accès à la psychothérapie qui se penche sur ces questions. D'ailleurs, nous aimerions vous présenter leurs travaux à la fin du printemps 2016.

LE PANIER DE SERVICES EN HÉBERGEMENT : MISER SUR DES SOLUTIONS DIVERSIFIÉES ET ADAPTÉES

Selon le rapport *Agir maintenant*, commandé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en juin 2013, « 868 personnes seraient en attente d'un hébergement adapté à leurs besoins, alors que plus de 550 personnes nécessiteraient des hébergements avec encadrement modéré ou intensif ». Résultat: la situation des fins de soins actifs dans les hôpitaux s'est aggravée. Jusqu'à 30 % des lits actifs sont bloqués dans plusieurs hôpitaux et la durée d'attente de patients sur civière qui doivent être admis a escaladé.

Les logements autonomes subventionnés dotés d'équipes de suivi d'intensité variable (SIV) ou de suivi intensif (SI) sont indéniablement nécessaires et ont démontré leur efficacité et leur efficience. Par ailleurs, leur développement est souhaitable puisque ces ressources sont clairement insuffisantes. Toutefois, le SI ne peut répondre aux besoins de toutes les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères. Plusieurs d'entre elles présentent des déficits qui rendent leur vie autonome en logement excessivement

stressante et génératrice de crises ou encore carrément impossible pour des raisons de sécurité, comme un manque de jugement qui peut entraîner un incendie ou une incapacité à préparer leurs repas, même avec des services de soutien d'intensité maximale.

Lorsque la priorisation de formules d'hébergement plus économiques (tels les programmes de soutien au logement) est associée à un désinvestissement du développement de ressources intermédiaires plus structurées, les besoins réels des clientèles ayant des troubles plus sévères sont ignorés. Cette orientation pourrait mener à une deuxième vague de désinstitutionnalisation. Les médecins psychiatres sont inquiets de l'intention exprimée par le MSSS de réduire le nombre de ressources intermédiaires et de type familial. Dans le cadre de ce scénario, ils anticipent d'importants problèmes d'engorgement des unités d'hospitalisation en psychiatrie et une augmentation de l'itinérance liée à la santé mentale. L'engorgement des lits d'hospitalisation par des patients qui sont en attente d'hébergement spécialisé contribue de façon importante aux débordements à l'urgence, ainsi qu'aux séjours prolongés sur civière à l'urgence. Par ailleurs, plusieurs patients deviennent de grands utilisateurs de l'urgence médicale et psychiatrique en raison d'un manque d'hébergements répondant à leurs besoins.

Le panier de services doit donc contenir un nombre accru de places en milieu de vie adapté pour la clientèle qui présente des besoins importants (ressources intermédiaires, entre autres familles d'accueil, pavillons et appartements supervisés 24 h sur 24, sept jours sur sept).

AUTRES RECOMMANDATIONS

Vous trouverez en annexe notre *Plan d'action pour les services psychiatriques (PASP)*, présenté au gouvernement en septembre 2015. Il contient 28 mesures qui bonifieraient les services pour les patients souffrant de maladies mentales. Les médecins psychiatres réitèrent l'importance d'une première ligne forte qui doit inévitablement être en mesure de s'appuyer sur une deuxième ligne efficace. C'est d'ailleurs en ce sens que les recommandations formulées par l'AMPQ visent essentiellement une meilleure organisation de la deuxième ligne en complément et en support aux médecins de première ligne.

Nous y recommandons notamment:

- des équipes mobiles de crises;
- des installations d'urgence psychiatrique distinctes dotées d'une équipe interdisciplinaire spécialisée;
- des unités d'intervention brève;
- des équipes de suivi intensif dans le milieu.

L'Association des médecins psychiatres du Québec

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe plus de 1 150 psychiatres qui pratiquent au Québec. Elle s'intéresse à l'organisation des soins en santé mentale et au cadre de travail des médecins psychiatres. L'AMPQ a notamment le mandat de promouvoir les normes professionnelles et scientifiques les plus élevées dans l'exercice de la psychiatrie. Elle œuvre aussi à susciter dans le public une meilleure connaissance de la psychiatrie et de la santé mentale, et à favoriser l'accès à des services psychiatriques pour toute la population du Québec.



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Dre Karine J. Igartua, présidente

Case postale 216
Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
Tél. : 514 350-5128

www.ampq.org



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Plan d'action pour les services psychiatriques



DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Le 22 septembre 2015

Les auteurs

Responsable du projet

Olivier Farmer, M.D.

Rédaction

Amal Abdel-Baki, M.D.

Cédric Andrés, M.D.

Louise Beaudry, M.D.

Marie-Andrée Bruneau, M.D.

Manon Charbonneau, M.D.

Frédéric Charland, M.D.

Benoît Croteau, M.D.

Edith Labonté, M.D.

Révision

Karine J. Igartua, M.D.

Louise Beaudry, M.D.

Guillaume Dumont, M.D.

Les administrateurs de l'AMPQ

Karine J. Igartua, M.D.

Présidente

Guillaume Dumont, M.D.

Secrétaire

Olivier Farmer, M.D.

Trésorier

Louise Beaudry, M.D.

Vice-présidente par intérim

Pierre Assalian, M.D.

Guillaume Barbès-Morin, M.D.

Mylène Bédard, M.D.

Simon Bégin, M.D.

Manon Charbonneau, M.D.

Frédéric Charland, M.D.

Benoît Croteau, M.D.

Abdallah Dallal, M.D.

Jessika Roy-Desruisseaux, M.D.

Luc Gilbert, M.D.

Theodore Kolivakis, M.D.

Édith Labonté, M.D.

Martin Tremblay, M.D.

Georgina Zahirney, M.D.

Table des matières

LES ACRONYMES	4
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC	5
MESSAGE DE L'AMPQ	6
1. LE CONTEXTE	8
1.1 Les définitions	9
1.2 Les principes directeurs	9
2. LE PLAN D'ACTION POUR LES SERVICES PSYCHIATRIQUES	11
2.1 Les mécanismes d'accès	11
2.2 Les enfants et les adolescents	12
2.3 La transition vers l'âge adulte	15
2.4 Les services à l'âge adulte (18-64 ans)	17
2.5 Les services aux aînés et le rôle de la psychiatrie dans les soins de fin de vie	23
CONCLUSION	26
ANNEXE 1 - LES MESURES	27

Les acronymes

AMPQ Association des médecins psychiatres du Québec

ASSSM Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

CISSS Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CLSC Centres locaux de services communautaires

CMDP Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CNESM Centre national d'excellence en santé mentale

CRDI Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

CSMC Commission de la santé mentale du Canada

GASM Guichet d'accès en santé mentale

INSPQ Institut national de santé publique du Québec

IPS *Integrated Placement and Support*

MEL Module évaluation liaison

MSRP Médecin spécialiste répondant en psychiatrie

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS Organisation mondiale de la santé

PASM Plan d'action en santé mentale

PASP Plan d'action pour les services psychiatriques

PEM Plans d'effectifs médicaux

PSPP Programme de soins partagés en psychiatrie

SCPD Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

SI Suivi intensif

SIV Suivi d'intensité variable

L'Association des médecins psychiatres du Québec

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe plus de 1 150 psychiatres qui pratiquent au Québec. Elle s'intéresse à l'organisation des soins en santé mentale et au cadre de travail des médecins psychiatres. L'AMPQ a notamment pour mandat de promouvoir les normes professionnelles et scientifiques les plus rigoureuses dans l'exercice de la psychiatrie. Elle œuvre aussi à susciter dans le public une meilleure connaissance de la psychiatrie et de la santé mentale, et à favoriser l'accès à des services psychiatriques pour toute la population du Québec.

Message de l'AMPQ

La société québécoise vit actuellement de profonds changements. Le gouvernement redéfinit les structures en place, revoit les façons de faire et aspire à briser des carcans qui, avec le temps, ont alourdi les soins, mais, surtout, les ont éloignés du patient. En effet, les programmes et les structures, en particulier en santé mentale, ont tôt fait de devenir des labyrinthes dont les impasses sont de plus en plus nombreuses, tant pour les patients et leurs familles que pour les professionnels eux-mêmes. Cette volonté de changement exprimée dans le cadre de plusieurs projets de loi vise aussi un objectif essentiel : la valorisation de l'obligation de rendre compte qui est la clé pour garantir une organisation des soins plus efficiente.

Après avoir été consultée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Association des médecins psychiatres du Québec constate que les premières ébauches du nouveau Plan d'action en santé mentale (PASM 2015-2020) restent muettes sur plusieurs enjeux qui sont pourtant essentiels à la réussite d'une organisation des soins qui soit performante. Le PASM 2015-2020 s'inscrit dans la continuité du PASM 2005-2010 (avec un hiatus de 5 ans). Il est presque exclusivement consacré à la prévention et aux services de première ligne et n'offre à peu près aucune piste de réflexion, d'analyse ou d'orientation aux services psychiatriques que sont les départements hospitaliers de psychiatrie. Or, les médecins psychiatres qui y œuvrent suivent un grand nombre de patients très malades, qui représentent un poste de dépenses important en santé mentale pour le MSSS. En fin de compte, il faut constater que l'efficacité de la première ligne dépend largement de celle de la deuxième. C'est dans cet esprit que l'AMPQ a pris l'initiative de proposer au MSSS un véritable Plan d'action pour les services psychiatriques (PASP).

En premier lieu, ce PASP décrit les principaux problèmes découlant de l'organisation actuelle des services psychiatriques. De plus, il propose des solutions pragmatiques qui peuvent être mises en place dans un délai raisonnable et, dans la majorité des cas, à coût nul pour le système. Pour les psychiatres sur le terrain, il est clair que les problèmes de gestion et d'accessibilité des services psychiatriques auxquels ils sont exposés quotidiennement occasionnent d'énormes coûts directs et indirects.

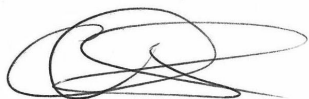
Un réseau de services psychiatriques qui ne fonctionne pas de façon efficace entraîne non seulement des coûts, mais également une souffrance humaine qu'on ne peut ignorer, par exemple pour :

- la famille d'un enfant autistique qui doit attendre des mois ou des années afin d'obtenir des services;
- la personne atteinte de schizophrénie qui languit des mois voire des années à l'hôpital dans l'attente d'un hébergement répondant à ses besoins;
- le travailleur atteint d'une dépression ou d'un trouble anxieux qui, faute d'accès rapide à la consultation psychiatrique et au traitement adéquats, finit par se décourager et quitter son milieu de travail, grossissant ainsi les rangs des personnes en invalidité long terme.

En dépit de cette réalité, le MSSS a, dans la dernière décennie, presque entièrement escamoté ce secteur dans sa planification. Le PASM 2005-2010 s'est presque exclusivement penché sur l'organisation des services de santé mentale de première ligne et n'a pas hésité à puiser les ressources professionnelles nécessaires dans les équipes psychiatriques de deuxième ligne. Comme les patients n'ont pas suivi la réforme, ces équipes de

deuxième ligne, qui ont vu leurs effectifs fondre comme peau de chagrin, se sont vite trouvées débordées. Dix ans plus tard, tous les intervenants, y compris la direction de la santé mentale au MSSS, sont bien obligés de constater que les équipes de première ligne ne suivent qu'une fraction des patients prévue (à peine 50 %). Ce sont malheureusement les patients atteints des troubles les plus sévères et complexes qui en paient le prix. Ainsi, convaincu à tort que les logements supervisés pouvaient remplacer à moindre coût des ressources d'hébergement plus structurées, comme les pavillons ou les résidences réservés aux cas plus complexes, le Ministère a affaibli de façon importante l'offre d'hébergement adaptée aux patients les plus malades. La conséquence, prévisible, s'est avérée : l'engorgement des lits d'hospitalisation réservés aux soins aigus en psychiatrie par des patients en attente d'hébergement. Près de 25 à 30 % des lits dans toute la province sont ainsi non disponibles pour les patients qui nécessitent des soins aigus. Il s'agit là d'une mauvaise utilisation connue des fonds publics, qui n'a pas encore retenu l'attention des dirigeants, malgré les revendications répétées de l'ensemble des départements de psychiatrie depuis des années.

La présidente,



Dre Karine J. Igartua

Nous devrions tous apprendre du passé. Les première et deuxième lignes ne doivent plus être isolées et faire l'objet d'une réflexion en deux ou trois temps. Ne pas tenir compte des services psychiatriques de deuxième ligne dans le cadre d'un plan d'action quinquennal est à notre avis un travail incomplet, voué à des demi-résultats. Un réseau de services publics ne peut se maintenir ou se développer en l'absence totale d'orientations stratégiques; ce serait le condamner à la stagnation et la dégénérescence. Les services psychiatriques doivent non seulement être partie prenante des transformations du réseau, mais compte tenu de l'expertise unique des psychiatres, en devenir le fer de lance. Dans le but d'élaborer un plan pour l'organisation des services psychiatriques au cours des prochaines années, l'AMPQ a ainsi réuni un groupe de psychiatres représentatifs de chacune des régions du Québec et issus de tous les milieux de pratique. L'Association souhaite ainsi que le MSSS fera siennes les mesures proposées dans ce Plan et qu'elles seront intégrées dans son plan quinquennal.

Le responsable du projet,



Dr Olivier Farmer

1. Le contexte

La littérature en matière de santé mentale abonde. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal et l'Institut national de santé publique (INSPQ), pour ne nommer que ces institutions, arrivent aux mêmes constats : la maladie mentale peut toucher n'importe qui à un moment de sa vie, peu importe le statut social ou professionnel. La prévalence moyenne des troubles anxieux et dépressifs se situe autour de 20 % et induit des coûts importants, aussi bien pour la personne concernée qu'au niveau économique et social. Une majorité de maladies mentales se déclare pendant la transition entre la période de vie juvénile et la période de vie adulte.

L'organisation de la pratique de la psychiatrie dans sa forme actuelle se traduit par une productivité sous-optimale sur le terrain. Au surplus, la prise en charge des diverses maladies mentales, surtout des maladies modérées, demeure malgré tout non efficiente depuis la mise en place de la première politique de santé mentale au Québec, en 1989.

Si les maladies mentales représentent de 50 à 60 % de la fraction populationnelle attribuable au risque de suicide, la prévention doit passer par un dépistage rigoureux et précoce. Enfin, sur le plan médical, la maladie mentale représente une problématique très complexe qui ne peut relever, au premier abord, d'intervenants psychosociaux ou de médecins de première ligne laissés à eux-mêmes.

La complexité appelle le travail d'une équipe spécialisée en psychiatrie, c'est-à-dire l'expertise d'une deuxième ligne qui se déploie dans le milieu même de la première ligne, et ce, sans mécanismes administratifs de portes d'entrée qui ne font qu'entraîner des retards de diagnostics. En plus de facteurs psychologiques et sociaux, la complexité de la maladie mentale englobe, du point de vue conceptuel, la compréhension de plusieurs systèmes interreliés : système nerveux, système endocrinien, système immunitaire, génétique, neurosciences et pharmacologie. Sur le plan de la clinique, la santé mentale renvoie à la prise en compte de maladies annexes, celles-ci ayant, par causalité circulaire, un effet délétère sur l'évolution de la maladie mentale.

Cette mise en contexte nous montre en quelque sorte les obstacles à surmonter pour résoudre les enjeux auxquels nous expose la situation actuelle du réseau de la santé mentale.

1.1 LES DÉFINITIONS

La santé mentale

La santé mentale est un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de travailler, d'apporter sa contribution à la société et d'être en mesure de s'adapter aux difficultés normales, inhérentes à la vie. L'OMS souligne la dimension positive que l'on retrouve dans le concept de santé mentale. Celle-ci ne se résume pas à l'absence de la maladie; il s'agit d'un état « complet de bien-être physique, mental et social ».

On comprend alors pourquoi les services en santé mentale ont recours à un réseau d'intervenants appelés à travailler ensemble, d'une part, et interpellent des acteurs politiques pour mettre en place des programmes dont les orientations visent à atteindre cet état de bien-être pour tous, d'autre part.

Le trouble mental

Le trouble mental désigne davantage un processus pathologique également associé à de multiples facteurs déterminants liés à l'environnement.

Depuis le PASM, on a pris l'habitude de distinguer les troubles graves des troubles courants ou modérés. On dit aussi que les troubles sont modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, s'ils sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et s'ils nécessitent un traitement selon les normes professionnelles largement reconnues. On y inclut les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative

dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Plus précisément, il s'agit de troubles psychotiques et de doubles diagnostics.

En intégrant la notion de trouble mental ou de maladie dans un réseau de soins et de services, on comprend cette fois qu'il est logiquement indispensable que le psychiatre soit au centre de l'organisation du dispositif de soins en ce qui a trait aux troubles modérés ou aux troubles graves et persistants.

1.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

L'accessibilité

On améliore l'accessibilité en simplifiant au maximum les moyens déployés pour obtenir des soins spécialisés, ambulatoires et hospitaliers pour tous les groupes d'âge et pour toute la gamme des maladies mentales. Lorsqu'une perturbation émotionnelle, cognitive ou comportementale entraîne une modification sérieuse du fonctionnement personnel et social, elle justifie une évaluation psychiatrique. On doit éviter de mettre à l'écart du système de soins psychiatriques un syndrome mal évalué et orienté par un système de triage en amont qui n'est pas à la hauteur de la tâche. Le triage ne peut être réduit à un simple contrôle de trafic; il doit pouvoir se traduire par une prise en charge immédiate.

Lorsqu'une perturbation émotionnelle, cognitive ou comportementale entraîne une modification sérieuse du fonctionnement personnel et social, elle justifie une évaluation psychiatrique.

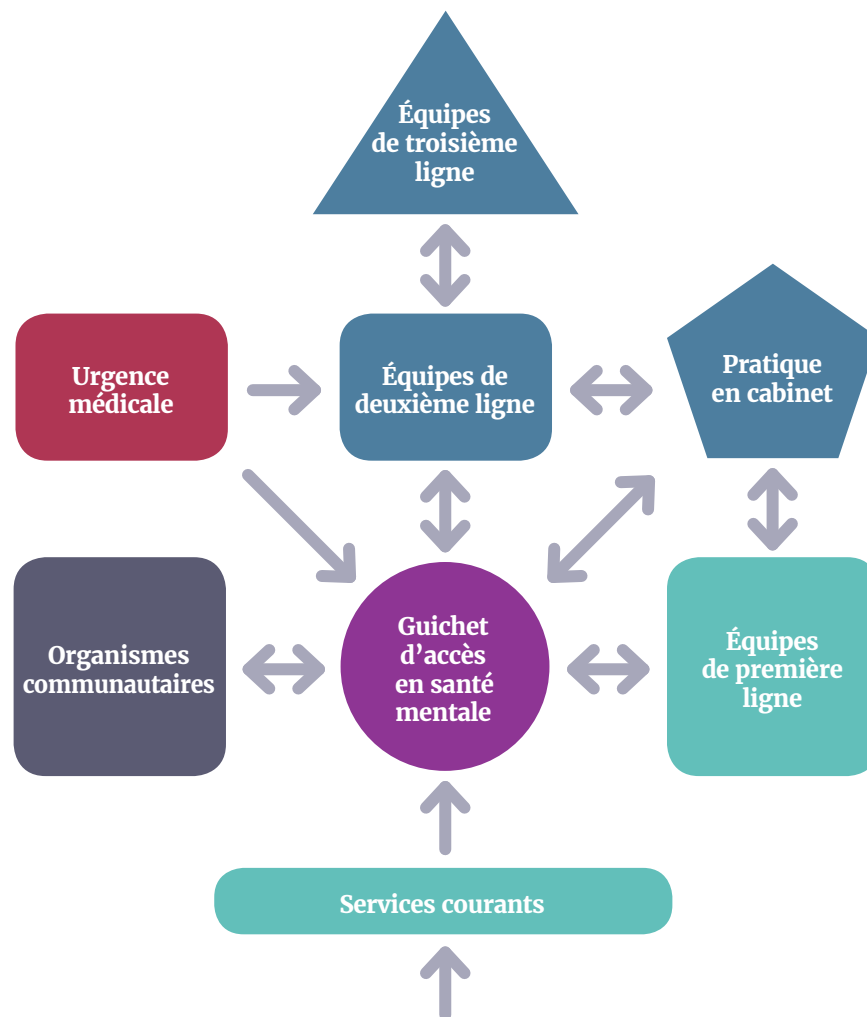
Enfin, on améliore l'accessibilité lorsqu'on développe les moyens d'intervention spécialisés accessibles pour procéder au dépistage précoce des maladies psychiatriques et éviter les retards de diagnostics, si l'on tient compte, bien entendu, du fait que la majorité des maladies mentales émerge durant la période juvénile et au début de l'âge adulte.

Une organisation cohérente

Dès le départ, la fluidité est capitale, peu importe que le point d'entrée initial dans le système soit une clinique de première ligne, un CLSC, un Module d'évaluation-liaison (MEL) à l'hôpital (CISSS) ou un département d'urgence. Autrement dit, il ne doit pas y avoir de délai entre l'évaluation et le traitement. Une intervention immédiate doit pouvoir se faire dans l'intervalle d'une prise en charge globale (évaluation-traitement-suivi). De plus, les mécanismes de transfert bidirectionnels doivent permettre une circulation rapide de l'information et des personnes d'un niveau de service à l'autre.

Primauté de la personne dans son environnement

Lorsqu'on parle des droits de la personne, on ne peut ignorer le référent sur lequel se fonde le droit : la liberté de l'individu. En revanche, la capacité de certaines personnes à exercer de façon autonome leur liberté est clairement affaiblie. Lorsque c'est le cas, pour préserver la dignité de ces personnes, il faut leur assurer une protection. Il incombe dès lors à la société démocratique basée sur le respect et la défense de la liberté de prendre soin de ces personnes. Dans certaines circonstances, les autorités compétentes émettent des ordonnances de garde ou de traitements absolument nécessaires, non seulement pour protéger la personne malade, mais aussi ses proches ou, plus globalement, la population en général.



En conséquence, on ne peut promouvoir la primauté de la personne sans tenir compte de sa constitution et de son environnement. Dans le PASM, bien qu'il soit valeureux d'encourager le plein exercice de sa citoyenneté, il est aussi courageux et responsable, pour une société engagée, d'encadrer ce plein exercice, le cas échéant. De fait, il n'est certes pas dans l'intérêt de la personne et de sa liberté de la laisser déperir parce que celle-ci refuse de se faire traiter alors que son état de santé l'empêche de prendre une décision raisonnable et éclairée.

2. Le plan d'action pour les services psychiatriques

2.1 LES MÉCANISMES D'ACCÈS

En l'absence de mesures d'accès efficaces, aucun programme clinique, aussi performant et pertinent soit-il, ne peut être utilisé à sa pleine capacité. On constate depuis de nombreuses années un allongement des listes d'attente pour une prise en charge en santé mentale, qu'il s'agisse de la première ou de la deuxième ligne. Cela est en partie dû à la multiplication de références et à une gestion sous-optimale des listes d'attente (évaluation et établissement de priorités). Depuis 2010, le guichet d'accès en santé mentale (GASM) constitue la modalité officielle d'accès aux services spécialisés en santé mentale, y compris à la psychiatrie de deuxième ligne, et ce, dans toutes les régions du Québec. La fonction du GASM est de recevoir toutes les demandes de service en santé mentale en provenance du territoire, de les évaluer et de les orienter vers la bonne ressource (services communautaires, première ligne, deuxième ligne, etc.). La clientèle jeunesse bénéficie de son propre réseau de guichets d'accès. Quant à elle, la clientèle plus âgée est gérée par les guichets d'accès courants (adultes).

En complément des guichets d'accès, la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) a été créée dans le but de favoriser une plus grande proximité et, ainsi, une collaboration entre la deuxième et la première lignes. Le MSRP travaille avec les intervenants et les médecins de première ligne, directement dans leurs bureaux, pour les conseiller et les soutenir dans le suivi des patients de première ligne plus complexes. Au besoin, certains patients sont évalués conjointement par le MSRP et le clinicien

traitant. En favorisant la confiance et l'acquisition de compétences chez les cliniciens de première ligne, cette modalité évite les références inutiles en deuxième ligne, avec comme résultat de désengorger les urgences psychiatriques et d'améliorer l'accessibilité des consultations réellement justifiées aux services psychiatriques ambulatoires de deuxième ligne. À terme, ce mode de fonctionnement clinique est appelé à intégrer les modules d'évaluation-liaison (MEL) et les programmes de soins partagés en psychiatrie (PSPP).

Un sentiment général de frustration se dégage chez les cliniciens qui doivent transiger avec les GASM. En effet, les GASM sont bien souvent perçus comme des structures administratives qui éloignent encore plus les patients des services dont ils ont besoin alors qu'en théorie, leur fonction vise à faciliter l'accessibilité.

Nulle part dans le PASM 2005-2010 on n'explique la structure ou le mode de fonctionnement des GASM. En l'absence de modèle clair, les guichets mis en place varient grandement d'une région à l'autre quant à leur mode de fonctionnement, aux services offerts et aux résultats enregistrés. Certains guichets font office de simples « courroies de transmission ». Ils reçoivent et réacheminent les dossiers en fonction de la demande qui est inscrite sur la référence. En revanche, d'autres guichets procèdent à une évaluation complète de chaque demande reçue, colligent toute l'information pertinente, rencontrent le patient, le cas échéant, font suivre la documentation là où le patient est dirigé et assurent un suivi jusqu'au moment de la prise en charge par l'équipe désignée.

Nous constatons malheureusement que certains GASM ne peuvent même pas diriger un patient en deuxième ligne par manque de collaboration des hôpitaux. Le bon fonctionnement des GASM requiert donc la bonne volonté de toutes les parties. À ce titre, nous croyons que les centres hospitaliers devraient fournir suffisamment de temps/psychiatre pour assurer le bon fonctionnement des guichets et rendre des comptes à cet effet.

Certains GASM ne peuvent même pas référer en deuxième ligne par manque de collaboration des hôpitaux.

Parallèlement, les GASM devraient avoir des objectifs clairs de performance, qu'il s'agisse du nombre de patients évalués ou de la gestion des listes d'attente, aussi bien en première qu'en deuxième ligne.

Nous constatons par ailleurs que la rémunération des médecins de famille est inadéquate pour échanger avec les MSRP, ce qui limite considérablement leur collaboration pour assurer le succès de cette fonction. Le projet de loi 20, qui prévoit l'imposition de quotas de patients, est susceptible d'aggraver ce problème et ainsi de nuire au rôle du MSRP.

✓ MESURE 1

Établir un modèle clair régissant le GASM qui décrit ses responsabilités, son mode de fonctionnement et sa composition. Un GASM doit pouvoir remplir des fonctions d'évaluation, d'orientation, de suivi actif de la liste d'attente en plus d'assurer la prise en charge des besoins médicaux urgents en attendant l'issue de la référence. Un ratio adéquat qui définit le nombre de professionnels nécessaires par tranche de population doit être prévu, ainsi que l'implication d'un MRSP et d'un omnipraticien à même l'équipe.

Une fois le modèle établi, le gouvernement doit en assurer le déploiement dans l'ensemble de la province.

✓ MESURE 2

Prendre des mesures qui s'imposent pour étendre la pratique du MSRP, assurer la promotion de cette pratique parmi les psychiatres et favoriser le transfert de connaissances de centres qui se démarquent par la qualité et la performance de leur intégration de la fonction MSRP. Il faut également prévoir des modalités de rémunération qui favorisent la participation des médecins de famille à la fonction de MRSP.

2.2 LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Au Québec, le nombre de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent est insuffisant, et ce, dans chacune des régions de la province, une réalité que nous partageons avec le reste du Canada. L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent suggère un ratio de 1 pédopsychiatre pour 4 000 enfants/adolescents, alors que la réalité québécoise est au mieux de 1 pédopsychiatre pour 7 000 enfants/adolescents. Cette pénurie ne pourra se résorber à court terme. Toutefois, pour être plus efficaces et accroître l'accès, les pédopsychiatres doivent pouvoir compter sur des équipes de soutien professionnelles. C'est la seule possibilité viable pour offrir des services dans des délais acceptables aux jeunes et à leurs familles.

Au surplus, la première ligne est aux prises avec des problèmes du même ordre. Que ce soit d'un point de vue médical ou d'un point de vue psychosocial, les médecins de famille peinent à offrir leurs services dans des délais raisonnables du fait que les équipes ne sont pas toujours complètes. D'ailleurs, au niveau médical, les omnipraticiens évoquent souvent un « malaise » dans la prise en charge de la clientèle pédopsychiatrique de première et de deuxième lignes après un épisode de soins pédopsychiatriques en raison d'un manque d'expérience et d'expertise. Si l'on veut mieux soutenir les familles et s'assurer que les soins psychiatriques offerts aux enfants et aux adolescents soient accessibles et optimaux, il est impératif de modifier les façons de faire.

✓ MESURE 3

Fournir aux pédopsychiatres des équipes de soutien composées de professionnels – psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et infirmières – afin de réduire l'impact de la pénurie et ainsi diminuer les délais d'accès en pédopsychiatrie.

✓ MESURE 4

S'assurer que les équipes de tous les guichets en santé mentale jeunesse sont complètes et comprennent un médecin omnipraticien, des psychologues, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des infirmières. Les besoins en formation de ces équipes doivent être comblés pour permettre un travail plus efficace du MSRP et une plus grande fluidité entre les différentes lignes de traitement à l'issue d'un épisode de soins spécialisés.

Une partie des enfants d'âge préscolaire peut être touchée par des problèmes de développement, parfois légers, ne représentant alors qu'un simple retard qui se résorbera à l'issue d'une intervention de base en première ligne. Toutefois, certains cas sont plus graves : il peut s'agir de véritables troubles majeurs, comme un retard mental ou un trouble du spectre de l'autisme.

Les pédopsychiatres font face à une explosion de demandes de consultation pour des enfants et des adolescents chez qui un premier diagnostic de trouble du spectre de l'autisme est posé. Indépendamment du débat sur les raisons qui pourraient expliquer cette importante augmentation, il n'en demeure pas moins qu'une intervention précoce est efficace et améliore de façon significative le fonctionnement des patients. Or, l'accueil de ces jeunes dans l'organisation actuelle des services est si complexe que tout le monde s'y perd, les parents comme les professionnels.

Ainsi, les mécanismes d'accès varient-ils d'une région à l'autre. Dans certains cas, la référence vers un CRDI est directe alors que dans d'autres, les parents doivent d'abord passer par le CLSC qui dirige le patient au CRDI. Le véritable problème en est un d'accès. Il n'est pas rare de voir des listes d'attente dépassant un an pour les services du CRDI. Dans l'intervalle, l'aide du CLSC est bien souvent limitée, voire inexistante.

Dans certaines régions, la référence vers un CRDI est directe alors qu'ailleurs, les parents doivent d'abord passer par le CLSC qui lui, dirige le patient au CRDI.

Malheureusement, les délais d'intervention sont parfois longs et entraînent une détérioration progressive du fonctionnement psychosocial du patient qui peut prendre différentes formes, entre autres troubles du comportement, qu'on sera tenté d'atténuer en utilisant une médication psychotrope, alors que l'efficacité des approches comportementales et familiales est clairement supérieure. En effet, l'efficacité des médicaments psychotropes est faible dans ces situations qui mènent, en plus, à l'utilisation de ressources psychiatriques non négligeables de deuxième et de troisième lignes.

✓ MESURE 5

Simplifier les mécanismes d'accès aux services offerts aux enfants et aux adolescents atteints de retard mental et de trouble du spectre de l'autisme pour favoriser une intervention précoce et efficace.

C'est dans l'enfance et l'adolescence qu'on décèle et qu'on voit apparaître les premiers signes des troubles mentaux classiques (trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble psychotique, trouble alimentaire, trouble de la personnalité). Pour bon nombre de ces troubles et pour certains individus, une intervention de première ligne rapide impliquant le jeune et sa famille permettra une résorption de la symptomatologie et aucun traitement psychiatrique particulier ne sera nécessaire. Cependant, pour d'autres, cette intervention n'empêchera pas l'évolution vers un trouble mental donné, pour lequel des traitements psychiatriques de deuxième ou de troisième ligne seront nécessaires à court, moyen ou long terme. Actuellement, l'accessibilité de ces soins psychiatriques est compromise par des délais d'accès trop longs, qui sont dus à un manque de personnel spécialisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et à la difficulté de retourner la clientèle stabilisée à la première ligne.

✓ MESURE 6

Clarifier l'offre de service des soins psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, et préciser le rôle de chaque intervenant (première, deuxième, troisième lignes, rôle des spécialistes en psychiatrie générale versus les surspécialistes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mandats locaux, régionaux, suprarégionaux, etc.).

Les indications d'hospitalisation en pédopsychiatrie se réduisent à certaines situations : lorsqu'un enfant ou un adolescent présente une dangerosité pour lui-même ou pour son entourage en raison d'un trouble mental; lorsqu'un diagnostic différentiel difficile exige une observation et une évaluation plus poussées en milieu hospitalier ou lorsqu'on doit amorcer certains traitements spécialisés. Cependant, une hospitalisation qui se fait à des centaines de kilomètres du domicile du jeune et donc sans accès aux intervenants qui le connaissent est loin d'être idéale.

✓ MESURE 7

Développer des unités d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans toutes les régions du Québec ou, à tout le moins, prévoir des modalités d'hospitalisation dans des unités pédiatriques ou de psychiatrie adulte afin que des services de deuxième ligne de «proximité» soient disponibles pour répondre, dans un premier temps, aux urgences pédopsychiatriques.

C'est souvent à l'adolescence qu'on voit apparaître les premiers épisodes psychotiques relativement à un trouble mental sévère et persistant, comme la schizophrénie ou la maladie affective bipolaire. Alors que pour la clientèle adulte de nombreuses équipes de premiers épisodes psychotiques (PEP) ont vu le jour, celles-ci demeurent assez rares pour les adolescents en raison, entre autres, d'une masse critique insuffisante. Il est cependant clair que les adolescents souffrant d'un premier épisode psychotique bénéficieraient de l'expertise de ces équipes. Ces ressources sont d'autant plus importantes qu'elles contribuent à circonscrire les conséquences inhérentes au décrochage scolaire, à la toxicomanie et au développement de troubles de la personnalité.

✓ MESURE 8

Favoriser l'émergence d'un axe jeunesse qui permettrait aux adolescents d'avoir accès à des services spécialisés de qualité susceptibles de modifier l'évolution de troubles mentaux sévères et persistants.

2.3 LA TRANSITION VERS L'ÂGE ADULTE

Plus de 75 % des troubles mentaux apparaissent entre le début de l'adolescence et la transition vers l'âge adulte. Ainsi, l'absence de détection précoce et de traitement adéquat constitue une lacune importante qui doit être comblée. L'expérience démontre, sans équivoque, que ces troubles peuvent se chroniciser, devenir récurrents et avoir des répercussions importantes sur le développement

fonctionnel et social du jeune. Le cheminement scolaire est alors gravement perturbé, voire définitivement interrompu, menant à l'échec professionnel. L'épuisement des proches provoque souvent la rupture des liens avec la famille et les pairs, causant de l'isolement et, dans certains cas, la chute vers l'itinérance. La maladie, surtout quand elle se combine à la toxicomanie, peut entraîner des actes de violence et de délinquance, pavant la voie à la judiciarisation et à l'incarcération. L'ultime expression du désespoir, le suicide, parfois à travers des surdoses de drogues de rue, est très prévalente.

Moins du quart des jeunes aux prises avec des troubles mentaux reçoivent l'aide appropriée en temps opportun. Plusieurs facteurs y contribuent :

- le manque de formation dans les écoles et les lieux fréquentés par les jeunes pour procéder à une détection et assurer une référence rapide vers les services appropriés, réservés aux jeunes qui sont aux prises avec des troubles mentaux;
- la lourdeur des mécanismes de référence vers les services spécialisés;
- les délais d'accès induits à l'évaluation et au traitement par un pédopsychiatre;
- la difficulté de « faire participer » les jeunes au traitement, car les services ne sont pas adaptés à leurs besoins. Les jeunes requièrent une approche « youth-friendly » puisque leurs besoins sont différents de ceux des adultes; de plus, ils peuvent avoir été rebutés par des épisodes difficiles avec les services psychiatriques;
- l'exclusion des familles du processus de soins.

Toutefois, le problème le plus criant semble être la transition brutale, à 18 ans, entre les services pédopsychiatriques et les services adultes. En effet, c'est à ce moment que tous les services destinés aux adolescents prennent fin de façon abrupte. Cette rupture survient à un très mauvais moment : l'âge de 18 ans est souvent une période de pic symptomatique pour plusieurs des grands troubles psychiatriques (maladie affective bipolaire ou schizophrénie), un moment où le lien thérapeutique, la continuité et la cohérence dans le suivi sont extrêmement importants. Par ailleurs, le cerveau est encore en maturation et le jeune traverse, jusqu'à 25 ans environ, des étapes cruciales de développement psychologique et social. Le fait de perdre son équipe médicale spécialisée à 18 ans constitue en soi un facteur important d'échecs thérapeutiques, de pertes de suivi et d'aggravation du poids de morbidité de la maladie mentale pour nos jeunes.

Plus de 70 % des jeunes ayant des troubles mentaux perdent leur suivi psychiatrique à la sortie du centre jeunesse.

Cette problématique est particulièrement dramatique pour le jeune suivi par le centre jeunesse, qui perd d'un coup son suivi psychiatrique, son hébergement, son soutien

personnalisé associé au centre jeunesse, ainsi que tous ses liens sociaux avec les autres résidants du centre. Même si les intervenants sociaux tentent de préparer du mieux possible les jeunes, on attend de ces derniers qu'ils puissent, du jour au lendemain, gérer un budget, faire une recherche de logement, assurer toutes les tâches liées à l'entretien d'un logement, trouver un suivi psychiatrique et rétablir un réseau social. Ces jeunes en centres ont pour la plupart subi un premier abandon au cours de leur vie et voilà qu'à 18 ans, ils vivent un deuxième abandon avec la perte de leur intervenant. Face à ces exigences déraisonnables, plus de 70 % des jeunes ayant des

troubles mentaux perdent leur suivi psychiatrique à la sortie du centre jeunesse, sans pouvoir s'adresser aux services psychiatriques destinés aux adultes. L'échec de cette transition est devenu un mécanisme important de l'entrée en itinérance pour plusieurs d'entre eux.

✓ MESURE 9

Réorganiser, dans leur ensemble, tous les services de santé mentale en première, deuxième et troisième lignes pour offrir des services visant les jeunes de 12 à 25 ans (abolissant ainsi la transition à 18 ans, non adaptée aux étapes développementales et aux besoins des jeunes). Ainsi, les transitions entre les services ne seront plus basées sur l'âge de la majorité, mais sur les besoins des jeunes et les services les plus appropriés pour y répondre. Ces équipes pourraient comprendre à la fois des pédopsychiatres et des psychiatres de l'âge adulte. Pendant la période où le plan d'action actuel sera en vigueur, des projets pilotes soutenus par le gouvernement dans différentes régions du Québec (couvrant des territoires variés) devraient être mis en œuvre.

✓ MESURE 10

Réglementer la transition entre les services pédopsychiatriques et les services psychiatriques destinés aux adultes, assortis d'une obligation de rendre compte claire, c'est-à-dire une obligation de prise en charge effective dans les trois mois suivant la référence aux services adultes ainsi que l'obligation de maintenir un suivi pédiatrique tant que le suivi adulte n'a pas débuté, entre autres pour les jeunes suivis par les centres jeunesse. De fait, les centres jeunesse doivent avoir l'obligation d'amorcer les démarches de transition au moins six mois avant l'âge de la majorité.

✓ MESURE 11

Organiser les services afin que la prise en charge de l'adolescent atteint de troubles mentaux sévères, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, se fasse dès l'apparition des symptômes par l'équipe qui suivra le jeune après 18 ans, sans transition à cet âge (clinique d'intervention précoce pour la psychose, par exemple). Évidemment, ces équipes devront maintenir un suivi pendant plusieurs années après l'âge de la majorité, cette période étant cruciale et les services adultes peu adaptés aux besoins développementaux de cette clientèle.

✓ MESURE 12

Améliorer l'identification précoce des personnes présentant des troubles mentaux dans les écoles et les lieux fréquentés par les jeunes (organismes communautaires, par exemple), dans le but de permettre une référence rapide et bien orientée vers les services spécialisés appropriés. Pour y parvenir, des outils de formation et de sensibilisation, comme le programme Premiers soins en santé mentale de la CSMC, devront être déployés dans les établissements scolaires notamment.

✓ MESURE 13

Faire en sorte que le délai d'évaluation des besoins par un professionnel en santé mentale lors d'un premier contact soit inférieur à 72 h et que l'accès aux soins spécialisés appropriés ne dépasse pas quatre semaines, mais soit inférieur à une semaine pour les troubles sévères entraînant des conséquences graves.

2.4 LES SERVICES À L'ÂGE ADULTE (18-64 ANS)

Les urgences psychiatriques

Les troubles aigus de l'état mental, qu'ils soient dus à un trouble psychiatrique, à la toxicomanie, ou à des perturbations de l'état mental associées à un problème médical, comptent pour un nombre important de visites aux salles d'urgence des hôpitaux. Lorsque le problème est atypique, complexe, qu'il requiert une évaluation du risque (comportement suicidaire, agressif envers autrui ou présentant un risque envers l'intégrité) ou qu'un traitement psychiatrique spécifique semble nécessaire, une consultation en psychiatrie s'impose.

La salle d'urgence est souvent l'occasion de découvrir des problèmes médicaux instables ou de faire le bilan de l'état de santé de personnes autrement sans contact régulier avec des équipes médicales. Ces personnes se présentent parfois en urgence pour des symptômes d'apparence psychiatrique alors qu'en fait un problème de nature somatique est en cause. Inversement, il arrive aussi qu'un problème d'apparence physique soit en fait un problème de nature psychiatrique.

En raison de ce lien étroit entre des enjeux médicaux et psychiatriques, une collaboration est souhaitable entre les services d'urgence générale et l'équipe spécialisée de psychiatrie à l'urgence, de même qu'avec les services pour les toxicomanies. Par conséquent, il est essentiel que les urgences psychiatriques demeurent dans les hôpitaux généraux et adjacentes aux urgences médicales.

Les salles d'urgence sont souvent un dernier recours pour des personnes dont le problème aurait pu être résolu rapidement et de façon directe par des services adaptés, dans la communauté, en amont de la salle d'urgence. L'absence de lieux de dégrisement, les difficultés d'accès aux services de désintoxication, le manque de services aux personnes en situation d'itinérance ou d'équipes de suivi intensif pour les clientèles ayant des troubles graves et persistants sont autant de causes de l'achalandage excessif de nos urgences médicales et psychiatriques.

✓ MESURE 14

S'assurer de l'implantation d'équipes spécialisées en toxicomanie dans le cadre d'un meilleur arrimage avec l'urgence. Intégrées aux urgences, des infirmières provenant des centres de réadaptation en dépendances pourront rencontrer, sur place, les personnes aux prises avec une dépendance et ainsi les orienter vers les services correspondant à leur état.

✓ MESURE 15

Mettre en œuvre rapidement le plan d'action interministériel en itinérance, y compris des équipes spécialement affectées à cette question en milieu urbain.

✓ MESURE 16

Terminer le déploiement, sur tout le territoire, des équipes de suivi intensif psychiatrique dans le milieu. Il s'agit d'une modalité reconnue et efficace pour gérer une grande partie des hauts utilisateurs de services d'urgence.

✓ MESURE 17

Aménager des installations d'urgence psychiatrique distinctes et réservées à cet usage, dotées d'une équipe interdisciplinaire stable qui se consacre à la consultation spécialisée en psychiatrie, à l'urgence des centres hospitaliers dont le volume annuel dépasse 3 000 consultations par année.

✓ MESURE 18

Conserver l'approche multidisciplinaire avec du personnel infirmier affecté aux urgences psychiatriques, incluant l'accès à un travailleur social de préférence affecté à des centres hospitaliers dont le volume annuel se situe en deçà de 3 000 consultations.

✓ MESURE 19

Mettre en place des équipes mobiles de crise. Cette approche, qui est un modèle d'hospitalisation psychiatrique à domicile, bénéficie d'un bon niveau de soutien dans la littérature. Associées à l'urgence psychiatrique, ces équipes, dans des centres à haut volume, sont susceptibles de réduire le recours à l'hospitalisation de 50 % par rapport à des services dispensés à partir de l'hôpital. Un ou plusieurs projets dans de grands centres permettraient d'évaluer la performance de ce modèle dans le contexte québécois.

Crise psychosociale : réduire la durée des séjours en établissement grâce aux unités d'intervention brève

Lorsqu'une crise psychosociale s'accompagne de symptômes psychiatriques qui mettent en danger la sécurité de la personne, une admission en psychiatrie est souvent demandée. Toutefois, une hospitalisation a pour effet de sortir la personne de son milieu et, bien souvent, de fuir la crise. S'ensuit une régression de l'état de la personne en raison d'une hospitalisation qui se prolonge.

Ces situations sont mieux gérées dans une unité d'intervention brève. Il s'agit d'un service d'hospitalisation dont la durée est généralement de 3 à 5 jours. Pendant cette période, des professionnels déploient des interventions organisées, structurées et rapides afin que la personne se prenne de nouveau en charge et retrouve rapidement son autonomie. Cette approche est surtout préconisée dans les cas de crises suicidaires concernant des difficultés relationnelles, sociales ou de toxicomanie. Toutefois, ce ne sont pas tous les hôpitaux qui doivent être dotés d'unités d'intervention brève. Il y a lieu de regrouper les services de manière à ce qu'ils fonctionnent avec des équipes complètes plutôt que de multiplier ce type d'unités avec des équipes squelettiques. En bonifiant ainsi les services d'urgence psychiatrique, on met en place des conditions de succès afin que le traitement débute rapidement en plus de développer une expertise dans la gestion de crise chez le personnel infirmier de cette urgence. Il est impératif qu'une unité d'intervention brève soit sécuritaire et aménagée comme il se doit puisque le personnel intervient auprès d'individus en crise.

✓ MESURE 20

Mettre en place des unités d'intervention brève dans tous les centres hospitaliers ayant un service d'urgence psychiatrique dont le volume annuel est de plus de 3 000 consultations. Ces unités d'intervention brève doivent disposer de locaux adéquats, incluant une aire verrouillée, des salles d'isolement et des locaux d'entrevue sécuritaires.

L'accès au traitement de psychothérapie: un enjeu de taille

Lorsqu'un patient obtient son congé d'un centre hospitalier ou à l'issue d'une consultation externe, il a en main un plan de traitement qui implique parfois une médication et très souvent une ordonnance pour une psychothérapie. L'offre de services de psychothérapie hors établissement est quasi inexistante. Le cercle vicieux est alors déclenché. Faute d'être traitée, la maladie de ces patients est exacerbée, certains tombent en crise, les troubles deviennent plus sévères et c'est le retour à la salle d'urgence. Pourtant, combien de cas aggravés en raison de l'absence de soins pourraient être évités si des services adéquats étaient offerts en temps opportun.

Les services en psychiatrie médicalement requis devraient être précisés et, par conséquent, le traitement prescrit par un médecin psychiatre pour traiter une maladie mentale diagnostiquée devrait être accessible dans un délai raisonnable dans le réseau public de santé,

qu'il soit prodigué en centre hospitalier ou dans la communauté.

Le traitement prescrit par un psychiatre pour traiter une maladie mentale diagnostiquée devrait être accessible dans un délai raisonnable dans le réseau public.

Pour y arriver, des corridors de services devraient être créés tout autant auprès des psychiatres qui pratiquent en cabinet qu'auprès de

psychothérapeutes qui peuvent offrir la thérapie telle qu'elle est prescrite par le médecin psychiatre.

✓ MESURE 21

Établir des corridors de services prioritaires afin que soit dispensé un traitement de psychothérapie lorsque celui-ci est prescrit par un médecin psychiatre.

L'hébergement : miser sur des solutions diversifiées et adaptées

Selon le rapport *Agir maintenant*, commandé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en juin 2013, « 868 personnes seraient en attente d'un hébergement adapté à leurs besoins, alors que plus de 550 nécessiteraient des hébergements avec encadrement modéré ou intensif ». Résultat : la situation des fins de soins actifs dans les hôpitaux s'est aggravée. Jusqu'à 30 % des lits actifs sont bloqués dans plusieurs hôpitaux et la durée d'attente de patients sur civière qui doivent être admis a grimpé.

Les logements autonomes subventionnés dotés d'équipes de suivi d'intensité variable (SIV) ou de suivi intensif (SI) sont indéniablement nécessaires et ont démontré leur efficacité et leur efficience. Par ailleurs, leur développement est souhaitable puisque ces ressources sont clairement insuffisantes. Toutefois, le SI ne peut répondre aux besoins de toutes les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères. Plusieurs d'entre elles présentent des déficits qui rendent leur vie autonome en logement excessivement stressante et génératrice de crises ou encore carrément impossible pour des raisons de sécurité, comme un manque de jugement concernant le risque de feu ou une incapacité à préparer ses repas, même avec des services de soutien d'intensité maximale.

Lorsque la priorisation de formules d'hébergement plus économiques, comme les programmes de soutien au logement, est associée à un désinvestissement du développement de ressources intermédiaires plus structurées, les besoins réels des clientèles ayant des troubles plus sévères sont ignorés. Cette orientation pourrait mener à une deuxième vague de désinstitutionnalisation. Les médecins psychiatres

sont inquiets de l'intention exprimée par le MSSS de réduire le nombre de ressources intermédiaires et de type familial. Ils anticipent, dans le cadre de ce scénario, d'importants problèmes d'engorgement des unités d'hospitalisation en psychiatrie et une augmentation de l'itinérance liée à la santé mentale.

L'engorgement des lits d'hospitalisation par des patients qui sont en attente d'hébergement spécialisé contribue de façon importante aux débordements à l'urgence, ainsi qu'aux séjours prolongés sur civière à l'urgence. Par ailleurs, plusieurs patients deviennent de grands utilisateurs de l'urgence médicale et psychiatrique en raison d'un manque d'hébergement répondant à leurs besoins.

✓ MESURE 22

Accroître le nombre de places en milieu de vie adapté pour la clientèle qui présente des besoins importants (ressources intermédiaires, entre autres familles d'accueil, pavillons et appartements supervisés 24 h sur 24, sept jours par semaine).

Une obligation de rendre compte accrue

La consolidation et la gestion des ressources résidentielles à Montréal n'ont rien fait pour améliorer l'accès aux soins. Au contraire, plusieurs étapes administratives ont été ajoutées à un processus déjà laborieux. Le développement de nouvelles ressources se fait selon les goûts et les préférences des établissements gestionnaires, sans égard aux besoins réels des établissements référents, et surtout sans obligation de rendre compte quant aux conséquences de ces décisions sur le réseau.

C'est en partie l'attribution inefficace des ressources qui réduit les services accessibles à la population. Les patients dont le suivi est fragilisé tombent malades plus souvent, ce qui exerce une pression accrue sur les urgences et les unités d'hospitalisation, mais également sur les familles. Des pistes de solution se trouvent tout autant dans la décentralisation de la gestion des ressources d'hébergement, que dans la simplification du processus de référence et dans le développement de ressources privées. Ces ressources doivent être réglementées selon un modèle intéressant et rentable pour les propriétaires.

C'est en partie l'attribution inefficace des ressources qui réduit les services accessibles à la population.

✓ MESURE 23

Implanter des indicateurs de performance afin d'accroître la responsabilité des CUISSS et des CISSS quant aux choix de développement des places d'hébergement, qui doivent être planifiées selon les besoins prioritaires des patients occupant des lits en centres hospitaliers alors qu'ils sont en attente d'hébergement.

Soutenir l'intégration au marché du travail

En matière d'intégration au marché du travail, le MSSS constate que le système actuel est inefficace, puisque les cibles fixées dans ce domaine ont rarement été atteintes. Ainsi, propose-t-on des solutions intéressantes qui consistent à mettre en place un chantier de travail pour favoriser l'arrimage entre les organismes liés à l'emploi dans le contexte de la santé mentale, la mobilité des usagers dans le parcours de services et l'amélioration de la formation des agents de soutien à l'emploi, qui est sous-développée.

Toutefois, bien qu'une meilleure coordination des services existants soit souhaitable, il ne s'agit pas de remettre en question l'ensemble du système actuel. En effet, il existe des modèles de soutien à l'emploi, validés par la recherche. Ainsi, le modèle IPS (*Integrated Placement and Support*) jumelle des spécialistes de recherche et de soutien à l'emploi à des équipes de soins, afin de coordonner le traitement et le suivi des problèmes de santé mentale, l'accès au marché du travail et le maintien d'un emploi. Ce modèle éprouvé mériterait assurément une plus grande dissémination.

✓ MESURE 24

Implanter le modèle IPS (Integrated Placement and Support) afin de soutenir le traitement et le suivi des problèmes de santé mentale, l'accès au marché du travail et le maintien d'un emploi.

La psychiatrie surspécialisée

Comme dans toute spécialité médicale, la psychiatrie a développé des soins tertiaires et quaternaires afin de répondre à des problèmes de santé soit très complexes, soit très rares ou dont les conséquences de non-traitement sont extrêmement invalidantes. Ces soins reposent sur un personnel hautement qualifié et des interventions diagnostiques et thérapeutiques pointues, pouvant nécessiter des plateaux techniques très développés. La recherche et l'enseignement doivent continuer à y être naturellement associés dans les hôpitaux à vocation universitaire, avec des mandats suprarégionaux ou même nationaux. Les soins hautement spécialisés servent également à introduire, et par la suite à disséminer dans le reste du réseau, de nouvelles technologies ainsi que des pratiques cliniques innovantes. Au surplus, la psychiatrie surspécialisée requiert une planification rigoureuse de la part de CIUSSS et un soutien adéquat qui doit s'exprimer en fonction des besoins de la population. Nul besoin de multiplier les cliniques lorsque les besoins ne sont pas justifiés. À cet égard, une planification concertée entre les CIUSSS est d'une absolue nécessité.

✓ MESURE 25

S'assurer que l'offre de soins surspécialisés correspond aux besoins réels de la population, y affecter les ressources appropriées et les planifier d'une manière concertée.

✓ MESURE 26

Disséminer, de manière efficace, sur l'ensemble du territoire, les pratiques innovantes qui ont fait leurs preuves (comme les équipes de premier épisode psychotique) sous l'égide du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).

2.5 LES SERVICES AUX AÎNÉS

Au cours des prochaines années, le Québec connaîtra un vieillissement marqué de sa population, qui se traduira notamment par une hausse importante du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans (23 % de la population en 2026 (ISQ 2011)). La prévalence des personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisées dans les hôpitaux généraux est en constante augmentation, comme celle des troubles cognitifs chez la clientèle hébergée, qui dépasse les 80 %.

La gérontopsychiatrie est une surspécialité offrant des soins à des patients du troisième âge souffrant de troubles psychiatriques complexes, graves ou comorbides. Une part importante de ses fonctions consiste à développer les capacités des professionnels de première ligne et des services de santé mentale de deuxième ligne afin que ceux-ci puissent répondre aux besoins spécifiques en santé mentale des aînés grâce à des soins partagés, à des consultations, à des soins de collaboration et à des programmes de formation continue. Les gérontopsychiatres doivent aussi offrir des services cliniques directs aux aînés ayant des troubles de santé mentale graves et complexes. Voici les trois principales clientèles de la gérontopsychiatrie :

1

Les patients atteints de troubles cognitifs manifestant des Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). En 2015, plus de 120 000 Québécois seront atteints de la maladie d'Alzheimer (MSSS, 2012).

La prévalence des SCPD atteindrait 90 % (IPA, 2012). Ces symptômes ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients et de leurs proches, et représentent un défi de taille pour les soignants. Dans le Plan Alzheimer de 2009, de nombreux enjeux liés aux besoins de cette clientèle ont été définis, entre autres la variabilité de la qualité des soins et de l'accès aux services ainsi que le manque de ressources spécialisées dans les différents milieux.

2

Des patients vieillissants, complexes, atteints de maladies psychiatriques chroniques présentent des comorbidités médicales, des troubles cognitifs et une perte d'autonomie. Le réseau de santé mentale est très peu équipé pour faire face aux enjeux liés à la perte d'autonomie associée au vieillissement.

La méconnaissance, par les intervenants, des interactions entre pathologies médicales et psychiatriques ainsi que la polymédication participent à une prise en charge sous-optimale et à un allongement de la durée des hospitalisations, donc à une augmentation des coûts connexes.

3

Les patients dont la présentation psychiatrique est tardive et souvent atypique exigent une expertise approfondie afin de limiter les coûts liés à la multiplication des consultations médicales. L'état de santé général et l'état de santé psychiatrique influent l'un sur l'autre, et également sur la santé globale, la qualité de vie, l'autonomie, le pronostic et l'espérance de vie, la durée des séjours à l'hôpital, le coût des soins et l'utilisation des ressources. Ces patients nécessitent une prise en charge interdisciplinaire dans la communauté.

Actuellement, les systèmes de soins aigus ne sont aucunement adaptés pour faire face à ces enjeux multiples, complexes, qui s'enchevêtrent. Ballottés entre différentes spécialités médicales, sans prise en charge globale, les patients sont souvent les laissés-pour-compte du système. Ce sont eux qui « bloquent les lits » puisque aucune ressource d'hébergement adaptée n'est en mesure de les recevoir rapidement.

Ballottés entre différentes spécialités médicales, sans prise en charge globale, les patients sont souvent les laissés-pour-compte du système.

De plus, le nombre de gériopsychiatres ne suffit pas à combler tous les besoins avérés et la relève est loin d'être assurée. Les gériopsychiatres pourvoient des postes non protégés spécifiquement pour la gériopsychiatrie,

ce qui pourrait mettre en péril la survie de cette expertise, selon les choix d'embauche prioritaires des différents milieux cliniques. L'absence de Plans d'effectifs médicaux (PEM) propres à la gériopsychiatrie maintient la fragilité des services en santé mentale pour les personnes âgées puisque les PEM structurent les organisations de soins, protègent les services essentiels offerts aux patients et soutiennent l'enseignement et la recherche.

Par ailleurs, au Québec, chaque milieu clinique a organisé ses soins de façon relativement singulière étant donné le manque de ressources professionnelles. Selon les *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens* publiées par la CSMC en 2011, les équipes mobiles de gériopsychiatrie et des services intrahospitaliers de gériopsychiatrie constituent les services de gériopsychiatrie prioritaires à organiser pour chaque région.

Les équipes mobiles de gériopsychiatrie assurent la couverture régionale des consultations et les soins partagés en gériopsychiatrie prodigués par des organismes communautaires, des médecins généralistes, des établissements de soins de longue durée, des services généraux en santé mentale. Elles procèdent aussi au suivi des clientèles ayant des maladies psychiatriques graves et complexes ou persistantes. Il s'agit donc d'intégrer une équipe de gestion intensive dans le milieu et d'assurer une liaison entre l'hospitalisation et le retour au domicile avec services ambulatoires ou en hébergement. Cette équipe devrait se composer d'un gériopsychiatre, d'infirmières ayant des compétences en santé mentale et en gériatrie, de spécialistes en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes) et de psychologues. En somme, les ratios des équipes mobiles devraient correspondre à un médecin et cinq professionnels pour 10 000 aînés.

Les services intrahospitaliers de gériopsychiatrie incluent la consultation-liaison ainsi que la création de lits d'hospitalisation propres à la clientèle gériopsychiatrique. Ces lits peuvent être situés dans un service d'hospitalisation de gériatrie, de psychiatrie générale ou dans une unité d'hospitalisation en gériopsychiatrie. Au surplus, ces patients doivent bénéficier d'une couverture médicale tant gériatrique que psychiatrique. Ces lits servent à l'hospitalisation de patients dont les comportements ou les troubles complexes dépassent la capacité des services généraux de santé mentale et exigent donc des programmes et des professionnels hautement spécialisés. Ces hospitalisations peuvent être de courte durée ou d'une durée moyenne. Dans ce dernier cas, les patients cumulant des maladies mentales et des troubles physiques doivent avoir accès à des services de réadaptation. Les jalons de dotation doivent se situer à quatre à six lits d'hospitalisation de courte durée pour 10 000 aînés et de trois à quatre lits de plus longue durée (réadaptation) pour 10 000 aînés.

✓ MESURE 27

Mettre en place un réseau véritablement intégré de soins et de services en gérontopsychiatrie reposant entre autres sur des PEM précis en gérontopsychiatrie en nombre adéquat, des ressources suffisantes pour constituer des équipes mobiles en gérontopsychiatrie, des lits d'hospitalisation donnés, le tout coordonné par un comité de gestion centrale unissant les directions de santé mentale et de soins aux personnes âgées afin qu'il y ait concertation et planification de trajectoires de soins optimales pour la clientèle gérontopsychiatrique.

✓ MESURE 28

Revoir les besoins d'hébergement des clientèles gérontopsychiatriques afin de planifier et de réorganiser le parc de lits grâce à la conception de regroupements de trois clientèles distinctes : patients ayant des SCPD, patients ayant des pathologies psychiatriques chroniques, clientèles plus jeunes aux prises avec des problématiques neuropsychiatriques.

3. Conclusion

De prime abord, ce plan vise essentiellement à accroître l'accès de la population du Québec à un médecin psychiatre. La simplification des structures administratives qui éloignent le patient des soins dont celui-ci a besoin en raison de délais injustifiables, imposés uniquement pour des raisons administratives, doit être la principale priorité du gouvernement.

En second lieu, le travail interdisciplinaire doit passer du concept à une réalité-terrain. Les médecins psychiatres pourraient accroître de façon importante leur contribution s'ils étaient épaulés par des équipes de professionnels. Ils pourraient non seulement mieux soutenir les médecins de première ligne, mais aussi canaliser plus efficacement leurs interventions auprès de ceux et celles qui ont véritablement besoin d'une prise en charge rapide.

Pour y arriver, il est impératif que les autorités québécoises cessent de réfléchir en silo et de produire des plans qui n'intègrent pas les services psychiatriques, dont l'organisation doit s'harmoniser à la première ligne. Bien sûr la santé mentale est un enjeu dont l'État doit se préoccuper, mais trop nombreux sont les patients véritablement malades qui ne reçoivent pas les soins nécessaires. La première ligne a un besoin criant de soutien de la part des médecins psychiatres de deuxième ligne. Si l'État ne parvient pas à contenir l'engorgement des urgences psychiatriques et la pénurie en matière d'hébergement, comment les médecins psychiatres pourront-ils accueillir et traiter comme il se doit les malades que leur dirigent les médecins de famille? Le même scénario se produit en pédopsychiatrie, où les ressources sont nettement insuffisantes pour prendre des jeunes en charge à temps, avant que leur état ne se complexifie.

Les médecins psychiatres proposent des solutions simples et novatrices qui requièrent, d'abord et avant tout, une volonté de faire les choses différemment.

Annexe 1 – Les mesures

✓ Mesure 1

Établir un modèle clair régissant le GASM, qui décrit ses responsabilités, son mode de fonctionnement et sa composition. Un GASM doit pouvoir remplir des fonctions d'évaluation, d'orientation, de suivi actif de la liste d'attente en plus d'assurer la prise en charge des besoins médicaux urgents en attendant l'issue de la référence. Un ratio adéquat qui définit le nombre de professionnels nécessaires par tranche de population doit être prévu, ainsi que l'implication d'un MRSP et d'un omnipraticien à même l'équipe. Une fois le modèle établi, le gouvernement doit en assurer le déploiement dans l'ensemble de la province.

✓ Mesure 2

Prendre des mesures qui s'imposent pour étendre la pratique du MSRP, assurer la promotion de cette pratique parmi les psychiatres et favoriser le transfert de connaissances de centres qui se démarquent par la qualité et la performance de leur intégration de la fonction MSRP. Il faut également prévoir des modalités de rémunération qui favorisent la participation des médecins de famille à la fonction de MRSP.

✓ Mesure 3

Fournir aux pédopsychiatres des équipes de soutien composées de professionnels – psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et infirmières – afin de réduire l'impact de la pénurie et ainsi diminuer les délais d'accès en pédopsychiatrie.

✓ Mesure 4

S'assurer que les équipes de tous les guichets en santé mentale jeunesse sont complètes et comprennent un médecin omnipraticien, des psychologues, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des infirmières. Les besoins en formation de ces équipes doivent être comblés pour permettre un travail plus efficace du MSRP et une plus grande fluidité entre les différentes lignes de traitement à l'issue d'un épisode de soins spécialisés.

✓ Mesure 5

Simplifier les mécanismes d'accès aux services offerts aux enfants et aux adolescents atteints de retard mental et de trouble du spectre de l'autisme pour favoriser une intervention précoce et efficace.

✓ **Mesure 6**

Clarifier l'offre de service des soins psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, et préciser le rôle de chaque intervenant (première, deuxième, troisième lignes, rôle des spécialistes en psychiatrie générale versus les surspécialistes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mandats locaux, régionaux, suprarégionaux, etc.).

✓ **Mesure 7**

Développer des unités d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans toutes les régions du Québec ou, à tout le moins, prévoir des modalités d'hospitalisation dans des unités pédiatriques ou de psychiatrie adulte afin que des services de deuxième ligne de « proximité » soient disponibles pour répondre, dans un premier temps, aux urgences pédopsychiatriques.

✓ **Mesure 8**

Favoriser l'émergence d'un axe jeunesse qui permettrait aux adolescents d'avoir accès à des services spécialisés de qualité susceptibles de modifier l'évolution de troubles mentaux sévères et persistants.

✓ **Mesure 9**

Réorganiser, dans leur ensemble, tous les services de santé mentale en première, deuxième et troisième lignes pour offrir des services visant les jeunes de 12 à 25 ans (abolissant ainsi la transition à 18 ans, non adaptée aux étapes développementales et aux besoins des jeunes). Ainsi, les transitions entre les services ne seront plus basées sur l'âge de la majorité, mais sur les besoins des jeunes et les services les plus appropriés pour y répondre. Ces équipes pourraient comprendre à la fois des pédopsychiatres et des psychiatres de l'âge adulte. Pendant la période où le plan d'action actuel sera en vigueur, des projets pilotes soutenus par le gouvernement dans différentes régions du Québec (couvrant des territoires variés) devraient être mis en œuvre.

✓ **Mesure 10**

Réglementer la transition entre les services pédopsychiatriques et les services psychiatriques destinés aux adultes, assortis d'une obligation de rendre compte claire, c'est-à-dire une obligation de prise en charge effective dans les trois mois suivant la référence aux services adultes ainsi que l'obligation de maintenir un suivi pédiatrique tant que le suivi adulte n'a pas débuté, entre autres pour les jeunes suivis par les centres jeunesse. De fait, les centres jeunesse doivent avoir l'obligation d'amorcer les démarches de transition au moins six mois avant l'âge de la majorité.

✓ **Mesure 11**

Organiser les services afin que la prise en charge de l'adolescent atteint de troubles mentaux sévères, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, se fasse dès l'apparition des symptômes par l'équipe qui suivra le jeune après 18 ans, sans transition à cet âge (clinique d'intervention précoce pour la psychose, par exemple). Évidemment, ces équipes devront maintenir un suivi pendant plusieurs années après l'âge de la majorité, cette période étant cruciale et les services adultes peu adaptés aux besoins développementaux de cette clientèle.

✓ **Mesure 12**

Améliorer l'identification précoce des personnes présentant des troubles mentaux dans les écoles et les lieux fréquentés par les jeunes (organismes communautaires, par exemple), dans le but de permettre une référence rapide et bien orientée vers les services spécialisés appropriés. Pour y parvenir, des outils de formation et de sensibilisation, comme le programme Premiers soins en santé mentale de la CSMC, devront être déployés dans les établissements scolaires notamment.

✓ **Mesure 13**

Faire en sorte que le délai d'évaluation des besoins par un professionnel en santé mentale lors d'un premier contact soit inférieur à 72 h et que l'accès aux soins spécialisés appropriés ne dépasse pas quatre semaines, mais soit inférieur à une semaine pour les troubles sévères entraînant des conséquences graves.

✓ **Mesure 14**

S'assurer de l'implantation d'équipes spécialisées en toxicomanie dans le cadre d'un meilleur arrimage avec l'urgence. Intégrées aux urgences, des infirmières provenant des centres de réadaptation en dépendances pourront rencontrer, sur place, les personnes aux prises avec une dépendance et ainsi les orienter vers les services correspondant à leur état.

✓ **Mesure 15**

Mettre en œuvre rapidement le plan d'action interministériel en itinérance, y compris des équipes spécialement affectées à cette question en milieu urbain.

✓ **Mesure 16**

Terminer le déploiement, sur tout le territoire, des équipes de suivi intensif psychiatrique dans le milieu. Il s'agit d'une modalité reconnue et efficace pour gérer une grande partie des hauts utilisateurs de services d'urgence.

✓ **Mesure 17**

Aménager des installations d'urgence psychiatrique distinctes et réservées à cet usage, dotées d'une équipe interdisciplinaire stable qui se consacre à la consultation spécialisée en psychiatrie, à l'urgence des centres hospitaliers dont le volume annuel dépasse 3 000 consultations par année.

✓ **Mesure 18**

Conserver l'approche multidisciplinaire avec du personnel infirmier affecté aux urgences psychiatriques, incluant l'accès à un travailleur social de préférence affecté à des centres hospitaliers dont le volume annuel se situe en deçà de 3 000 consultations.

✓ **Mesure 19**

Mettre en place des équipes mobiles de crise. Cette approche, qui est un modèle d'hospitalisation psychiatrique à domicile, bénéficie d'un bon niveau de soutien dans la littérature. Associées à l'urgence psychiatrique, ces équipes, dans des centres à haut volume, sont susceptibles de réduire le recours à l'hospitalisation de 50 % par rapport à des services dispensés à partir de l'hôpital. Un ou plusieurs projets dans de grands centres permettraient d'évaluer la performance de ce modèle dans le contexte québécois.

✓ **Mesure 20**

Mettre en place des unités d'intervention brève dans tous les centres hospitaliers ayant un service d'urgence psychiatrique dont le volume annuel est de plus de 3 000 consultations. Ces unités d'intervention brève doivent disposer de locaux adéquats, incluant une aire verrouillée, des salles d'isolement et des locaux d'entrevue sécuritaires.

✓ **Mesure 21**

Établir des corridors de services prioritaires afin que soit dispensé un traitement de psychothérapie lorsque celui-ci est prescrit par un médecin psychiatre.

✓ **Mesure 22**

Accroître le nombre de places en milieu de vie adapté pour la clientèle qui présente des besoins importants (ressources intermédiaires, entre autres familles d'accueil, pavillons et appartements supervisés 24 h sur 24, sept jours par semaine).

✓ **Mesure 23**

Implanter des indicateurs de performance afin d'accroître la responsabilité des CUISSS et des CISSS quant aux choix de développement des places d'hébergement, qui doivent être planifiées selon les besoins prioritaires des patients occupant des lits en centres hospitaliers alors qu'ils sont en attente d'hébergement.

✓ **Mesure 24**

Implanter le modèle IPS (Integrated Placement and Support) afin de soutenir le traitement et le suivi des problèmes de santé mentale, l'accès au marché du travail et le maintien d'un emploi.

✓ **Mesure 25**

S'assurer que l'offre de soins surspécialisés correspond aux besoins réels de la population, y affecter les ressources appropriées et les planifier d'une manière concertée.

✓ **Mesure 26**

Disséminer, de manière efficace, sur l'ensemble du territoire, les pratiques innovantes qui ont fait leurs preuves (comme les équipes de premier épisode psychotique) sous l'égide du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).

✓ **Mesure 27**

Mettre en place un réseau véritablement intégré de soins et de services en gérontopsychiatrie reposant entre autres sur des PEM précis en gérontopsychiatrie en nombre adéquat, des ressources suffisantes pour constituer des équipes mobiles en gérontopsychiatrie, des lits d'hospitalisation donnés, le tout coordonné par un comité de gestion centrale unissant les directions de santé mentale et de soins aux personnes âgées afin qu'il y ait concertation et planification de trajectoires de soins optimales pour la clientèle gérontopsychiatrique.

✓ **Mesure 28**

Revoir les besoins d'hébergement des clientèles gérontopsychiatriques afin de planifier et de réorganiser le parc de lits grâce à la conception de regroupements de trois clientèles distinctes : patients ayant des SCPD, patients ayant des pathologies psychiatriques chroniques, clientèles plus jeunes aux prises avec des problématiques neuropsychiatriques.



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Case postale 216
Succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1G8
Tél. : 514 350-5128

www.ampq.org