ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

PASP JEUNESSE

PLAN D'ACTION POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES – JEUNESSE

Mars 2021

Les auteurs

Responsable du projet

Dre Annie Loiseau

Rédaction

Membres du comité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Dre Annie Loiseau, présidente du comité
Dr Matin Gignac
Dre Nathalie Gingras
Dre Pascale Grégoire
Dre Rachel Swenor

Les administrateurs de l'AMPQ

Dre Karine J. Igartua, présidente

Dr Guillaume Barbès-Morin, vice-président

Dr Guillaume Dumont, secrétaire

Dr Olivier Farmer, trésorier

Dre Marie-Frédérique Allard
Dre Doris Clerc
Dr Mathieu Dufour
Dre Claire Gamache
Dre Annie Loiseau
Dre France Proulx
Dr Matthieu Tittley
Dr Jonathan Lafontaine, R4
Dr Tin Ngo Minh, directeur du DPC

Table des matières

LES ACRONYMES 1

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC 2

MESSAGE DE L'AMPQ 3

1. LE CONTEXTE 5
- 1.1 Les définitions 6
- 1.2 Les principes directeurs 6

2. LE PLAN D'ACTION 7
- 2.1 La prévention primaire 7
- 2.1.1 CPE 7
- 2.1.2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et programme d'intervention en négligence 8
- 2.1.3 Programme d'apprentissage socio-émotionnel, cours d'éducation à la sexualité et éducation à la citoyenneté numérique dans le cursus scolaire 8
- 2.1.4 Aire ouverte 9
- 2.1.5 Agir tôt 11
- 2.1.6 Organismes communautaires et populations vulnérables 11
- 2.2 L'accès aux services 12
- 2.3 La prévention secondaire 14
- 2.3.1 Services jeunesse généraux et spécifiques 14
- 2.3.2 PIPEP 16
- 2.3.3 Services dans les écoles 17
- 2.4 La prévention tertiaire 19
- 2.4.1 Services spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 19
- 2.4.2 Services surspécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 21
- 2.4.3 Services de réadaptation (CRDI, CRDP, hébergement, dépendance) 22
- 2.4.4 Cliniques de pédiatrie du développement 23
- 2.4.5 Services de protection de l'enfance (et hébergement) 24
- 2.4.6 PQPTM 25
- 2.4.7 Centres de crise pour évaluation des idées suicidaires 26
- 2.5 La transition vers l'âge adulte 27

3. MESURES 28

4. ANNEXES 33
- Annexe 1 33
- Annexe 2 35

BIBLIOGRAPHIE 36

Les acronymes

AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ INSTITUTIONNELS	Centres de réadaptation en protection de la jeunesse institutionnel
CJ INTENSIFS	Centres de réadaptation en protection de la jeunesse avec encadrement intensif
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CR INSTITUTIONNELS	Centres de réadaptation en DI-TSA-DP institutionnels
CR INTENSIFS	Centres de réadaptation en DI-TSA-DP avec encadrement intensif
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DI	Déficience intellectuelle (handicap intellectuel)
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
JED	jeunes en difficulté
LJP	Loi sur la protection de la jeunesse
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PASM	Plan d'action en santé mentale
PASP	Plan d'action pour les services psychiatriques
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIPEP	Programme d'interventions lors de premiers épisodes psychotiques
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux (il faut également le mettre au long dans le sous titre 2.4.6 (page 24) et entres parenthèses (PQPTM) – dans ce paragraphe il y a un espace avant psychothérapie (sixième ligne)
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TES	Technicien en éducation spécialisée
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance

L’Association des médecins psychiatres du Québec

L’Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe plus de 1 200 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, ainsi qu’à favoriser l’accès à des services psychiatriques pour toute la population du Québec.

Message de l'AMPQ

La société québécoise traverse une période de grands bouleversements et la détresse chez les jeunes augmente. La pandémie accentue la pression sur le réseau de la santé et la fragilité du système jeunesse est mise en lumière. Nous pouvons nous attendre à ce que la situation continue de s'exacerber pour bien des années après la fin de la pandémie qui aura marqué toute la société québécoise, en particulier les jeunes qui sont les premières victimes collatérales de cette crise humanitaire. Il est donc important d'agir maintenant en instaurant un modèle de prévention et d'intervention cohérent et structuré.

La particularité avec les soins psychiatriques jeunesse est qu'ils sont indissociables de tous les autres systèmes offrant des services aux jeunes en amont, que ce soient les services de garde, services scolaires, services de proximité, services de protection à l'enfance, services de crise et services de réadaptation. En effet, les ressources sont insuffisantes dans tous ces services pour les besoins actuels de la population jeunesse, et cela ne fait qu'accentuer la pression sur les services spécialisés de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, déjà en pénurie d'effectifs, en plus d'entraîner des coûts inutiles de surutilisation. Que ce soit en clinique externe, à l'urgence ou en milieu hospitalier, les jeunes rencontrés par des psychiatres spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent auraient pu être dirigés vers d'autres ressources, outillés à prendre en charge précocement dès les premières manifestations des troubles, et éviter les surdiagnostics. Pourtant, si chaque système était fonctionnel en termes d'efficacité et de ressources humaines et travaillait en collaboration avec les autres systèmes, les jeunes et leurs familles pourraient recevoir les bons services au bon moment et ainsi avoir les meilleurs résultats possibles pour leurs problématiques. Il faut Agir Tôt !

Actuellement, ces jeunes se retrouvent souvent dans les services spécialisés après une longue attente, et donc une exacerbation de leur état, pour finalement ne pas recevoir les soins adaptés à leur condition. Les exemples sont nombreux :

- Un enfant avec troubles de comportement dont le suivi dans les services de proximité a échoué soit par manque de mobilisation du milieu familial et/ou par manque de mobilisation du jeune lui-même, qui se retrouve dans une salle d'urgence suite à une énième désorganisation comportementale pour une frustration mineure, qui doit être hospitalisé parce que les parents sont épuisés, alors que s'il avait été pris en charge par les services de protection à l'enfance, il n'aurait pas besoin de venir à l'urgence et d'être hospitalisé, ne souffrant pas de maladie mentale, mais bien de troubles de comportement avec un encadrement sous-optimal.

- Un adolescent se présentant à l'urgence sur recommandation ou à la demande d'un intervenant, qui verbalise des idées suicidaires et/ou de l'automutilation en réaction à un facteur de stress (exemple : un conflit familial ou une rupture amoureuse). Si des services de crise adéquats existaient, un adolescent dans cette situation pourrait y être référé pour évaluation du risque suicidaire et intervention de crise au besoin, sans jamais avoir à passer par l'urgence.

- Un enfant qui a besoin de soutien scolaire étant donné son TDAH et qui doit avoir une cote pour avoir des services scolaires. Dans ce cas, une pression est mise par le milieu scolaire sur le médecin traitant de l'enfant pour qu'il soit évalué en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour avoir un diagnostic lui permettant de recevoir des services et ce même si le TDAH n'est pas accompagné de comorbidité ou de complexité. Une évaluation probablement évitée si les écoles étaient outillées avec suffisamment de ressources professionnelles pour évaluer les difficultés scolaires et fournir les services en fonction des besoins et non des diagnostics.

- Un enfant avec un trouble anxieux léger à modéré qui doit attendre un an pour avoir une psychothérapie au public, et dont l'anxiété s'est détériorée au point où il doit maintenant être vu en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour y débuter une médication.

Le présent plan d'action a donc pour but de proposer des solutions dans une perspective systémique avec le besoin du jeune et de sa famille au centre d'un objectif commun. Cette démarche vise à améliorer l'efficience des soins de santé psychologique et mentale avec une coordination entre les différentes entités de notre système de santé, de notre système scolaire, de notre système communautaire et en partenariat avec la communauté. Cela peut se faire à tous les niveaux de prévention, soit la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Bien sûr, cela passe nécessairement par l'octroi de ressources supplémentaires, qui sont nettement insuffisantes, et ce, depuis des années, et qui le seront davantage dans les années à venir avec les conséquences de la pandémie. Considérant cependant que la prévention, de même que l'intervention précoce, diminueront la morbidité associée aux problèmes neurodéveloppementaux et mentaux des jeunes, à long terme, les coûts pour le système de santé et des services sociaux seront moindres. C'est un investissement à long terme qui aura pour effet de diminuer la chronicité et les besoins pour des soins à l'âge adulte et tout au long de la vie en plus de permettre aux individus de jouer pleinement leur rôle dans la société.

Pour élaborer le présent plan d'action pour l'organisation des services psychiatriques jeunesse au cours des prochaines années, l'AMPQ a ainsi réuni un groupe de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent représentatifs de chacune des régions du Québec et issus de tous les milieux de pratique. L'Association souhaite ainsi que le MSSS fassent siennes les mesures proposées dans ce plan et qu'elles soient intégrées dans son plan quinquennal.

1 LE CONTEXTE

Les troubles de santé mentale sont courants chez les jeunes. En effet, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé, 20% des jeunes Canadiens sont susceptibles de développer un trouble mental [1]. 50% des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75% avant l'âge de 22 ans [2, 3]. De plus, les maladies mentales sont une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans [4]. Au Québec, la prévalence des troubles mentaux semble être en hausse chez cette population. Selon une étude menée par l'Institut de la statistique du Québec, la proportion de jeunes du secondaire qui est aux prises avec un niveau élevé de détresse psychologique a atteint 29% en 2016-2017, comparativement à 21% en 2010-2011. Les données mettent également en lumière une hausse significative des troubles anxieux, de la dépression, des troubles alimentaires et du TDAH [5]. La prise de médicaments pour traiter certains troubles mentaux est également en hausse selon les données de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). À titre indicatif, en 2015, plus de 5 000 Québécois âgés de 12 à 18 ans ont reçu une ordonnance d'antipsychotiques, comparativement à 2 800 en 2005 [6]. Les comportements suicidaires sont également en hausse. À cet effet, une étude récente publiée en avril 2019, et menée par une équipe de chercheurs de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill, révèle que le nombre de visites aux urgences pour des tentatives de suicide ou des idées suicidaires a presque doublé entre 2007 et 2015 aux États-Unis [7]. L'étude indique également que dans 43% des cas, ces visites concernaient des enfants âgés de moins de 12 ans. Le taux de suicide complété chez les adolescents de 15 à 19 ans est cependant stable depuis les 10 dernières années [8], mais rappelons que le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 19 ans [9].

Cette augmentation des besoins en santé mentale vient mettre de la pression sur un système de santé déjà en pénurie de ressources. À titre indicatif, selon les données du MSSS, il y a actuellement 36 postes de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent à pourvoir dans tout le Québec [10]. Ce ne sont pas tous les jeunes présentant des troubles de santé mentale ou de la détresse psychologiques qui auront besoin d'être pris en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les services appropriés pour ces jeunes peuvent se retrouver à divers niveaux du système de santé (par exemple, dans les services communautaires, de proximité, de réadaptation, de protection de la jeunesse ou scolaires). Ceci dit, chacun des paliers de services doit être suffisamment outillé pour répondre aux besoins grandissants. Malheureusement, plus souvent qu'autrement, l'organisation des services ne parvient pas à répondre à la demande et il arrive fréquemment que les jeunes vivant une détresse mentale frappent aux mêmes portes et demeurent sur la même liste d'attente pour avoir une évaluation détaillée qui mènera à un diagnostic, d'où l'importance de l'organisation de tous les services pour les jeunes, d'une bonne intégration et fluidité des services, d'une bonne disponibilité des ressources à tous les niveaux.

L'objectif du présent plan d'action pour les services psychiatriques jeunesse est de proposer une organisation de services homogène et optimale qui saura répondre aux besoins en santé mentale des enfants et des adolescents. Ce plan est organisé selon les différents niveaux de prévention, soit primaire, secondaire et tertiaire, et intègre tous les niveaux de services.

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 ». [11, 12]

Le trouble mental : Ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales.

Les recherches indiquent que les maladies mentales sont causées par l'interaction entre des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques et sociaux qui mènent à des perturbations dans le cerveau. La vulnérabilité de chaque individu est différente mais la maladie mentale peut se déclarer chez n'importe qui si des facteurs de risque suffisants sont réunis. [13]

Prévention primaire : Ensemble des mesures visant à diminuer l'apparition de problèmes de santé en réduisant l'exposition aux facteurs de risque lorsque cela est possible.

Prévention secondaire : Ensemble des mesures visant à déceler une affection à un stade précoce, le traitement à ce stade pouvant influencer favorablement le pronostic (aussi appelé dépistage).

Prévention tertiaire : Ensemble des mesures visant à freiner l'évolution de la maladie ou à en réduire les conséquences une fois celle-ci établie. [14]

Services de proximité : Les soins et les services de première ligne (ou de proximité) sont axés sur la promotion, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie. Ils privilégient des approches interprofessionnelles, centrées sur la personne. Intégrant véritablement les approches sociales et de santé, l'instance locale de première ligne constitue la voie d'accès aux services, en particulier pour les clientèles vulnérables, tout en assurant la continuité avec les services de deuxième et troisième lignes. [15]

1.2 Les principes directeurs

L'accessibilité

Les divers services jeunesse, que ce soit les services généraux, spécifiques, spécialisés, de réadaptation, de protection, scolaires ou de crise, doivent pouvoir être accessibles rapidement pour les jeunes qui en ont besoin. En d'autres mots, le patient doit pouvoir recevoir le bon soin au bon moment.

Une organisation cohérente

L'offre de services et les mandats de chaque service doivent être clairs pour tous (intervenants, patients et familles) et les différents services doivent travailler en collaboration.

L'intervention précoce

Plusieurs études le démontrent, et ce pour diverses problématiques de santé mentale : plus l'intervention est précoce, meilleur est le pronostic. Un délai dans l'intervention peut amener de nombreux préjudices pour le jeune et sa famille et l'importance d'agir tôt est primordiale et guide toutes les mesures du présent plan d'action. [16-19]

2 LE PLAN D'ACTION

2.1 La prévention primaire

2.1.1 Centres de petite enfance

Les bienfaits des CPE sont bien démontrés, surtout pour les enfants provenant de milieux défavorisés. Les enfants qui fréquentent un CPE sont mieux préparés pour l'école [20]. Les CPE représentent un atout pour développer le langage et les connaissances, ont des effets positifs sur la socialisation et le développement moteur [21].

Les impacts de la maternelle à 4 ans ne semblent pas aussi bien démontrés [22]. Par contre, la maternelle 4 ans a un potentiel prometteur en termes de dépistage, d'évaluation et d'intervention précoces des difficultés de développement. Un mécanisme d'évaluation de ses impacts devra être mis en place pour évaluer ses bienfaits au fur et à mesure que les maternelles 4 ans seront implantées dans la province.

Malheureusement au Québec, les places en CPE sont insuffisantes pour que tous les enfants qui pourraient potentiellement en bénéficier y aient accès, alors qu'avoir accès à un tel milieu peut prévenir des difficultés de développement, émotionnelles, comportementales et scolaires.

MESURE 1

Augmenter le nombre de places disponibles en CPE et milieux familiaux affiliés afin que tous les parents qui le souhaitent puissent permettre à leurs enfants d'y avoir accès, en particulier les enfants provenant de milieux défavorisés et ceux présentant des retards de développement. Évaluer l'impact de l'implantation des CPE.

2.1.2 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et programme d'intervention en négligence

Les SIPPE ont été élaborés par le MSSS pour les familles qui vivent dans un contexte de vulnérabilité. Ce programme regroupe des professionnels de la santé et des services sociaux, des intervenants de groupes communautaires et des services de garde éducatifs à la petite enfance afin de soutenir les futurs parents et les familles durant la grossesse, à l'arrivée du bébé et dans ses cinq premières années de vie [11].

Quant à lui, le programme d'intervention en négligence a pour objectif de répondre aux besoins des enfants qui vivent en contexte de négligence ou à haut risque de négligence ainsi qu'à ceux de leurs parents [11].

Dans le PASM 2015-2020, le MSSS s'engageait notamment à «maintenir et bonifier l'offre de services des SIPPE à l'intention des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité dans toutes les régions du Québec», à «poursuivre l'implantation du programme d'intervention en négligence offert par les centres intégrés, en vue d'une couverture complète dans l'ensemble du Québec» et à «intensifier la détection des problèmes de dépendance et de maladie mentale auprès des parents ciblés par les programmes susmentionnés et à les orienter vers les services appropriés.» Nous ne pouvons qu'être en accord avec de telles orientations.

MESURE 2

S'assurer que les familles visées par les programmes SIPPE et d'intervention en négligence soient bien dépistées et qu'elles aient accès au bon service au bon moment, et ce, à travers la province.

MESURE 3

S'assurer que les programmes SIPPE travaillent en collaboration avec les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de proximité offrant des soins en santé mentale.

2.1.3 Agir tôt

Le programme Agir Tôt s'inscrit à l'intérieur d'une initiative gouvernementale concertée regroupant le MSSS, le ministère de la Famille et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Il vise à identifier le plus tôt possible les difficultés chez l'enfant, à évaluer son profil de développement et à l'orienter vers le bon service en lui offrant l'intervention dont lui et sa famille ont besoin. Le programme repose sur le rehaussement des équipes d'intervention précoce à l'échelle du Québec et sur le déploiement graduel d'une plateforme informatique à laquelle la population aura accès et qui regroupe des questionnaires de dépistage sur le développement des enfants de 0 à 5 ans. Ce programme est toujours en déploiement.[23]

Encore une fois, ce programme semble prometteur et nous ne pouvons que saluer cette initiative ainsi qu'encourager son déploiement à plus grande échelle, en coordination avec les différents services, ainsi qu'avec suffisamment de professionnels formés pour la prise en charge suite au dépistage.

2.1.4 Programme d'apprentissage socio-émotionnel, cours d'éducation à la sexualité et éducation à la citoyenneté numérique dans le cursus scolaire

La détresse émotionnelle des jeunes est en augmentation et les causes sont multiples. Afin de mieux outiller les jeunes qui font face à l'adversité psychosociale, l'AMPQ propose d'instaurer, dans le cursus scolaire québécois, un cours d'éducation à la santé mentale. Un cours d'éducation à la santé mentale inclut notamment deux aspects : l'apprentissage des compétences sociales et émotionnelles — souvent représenté par un acronyme (SEL), Social and Emotional Learning, ainsi que l'alphabétisation de la santé mentale (Mental Health Litteracy). L'apprentissage scolaire débuterait idéalement dès la maternelle et se poursuivrait jusqu'à la fin du secondaire.

Tout au long de la scolarisation, et en fonction du niveau de développement, les grands thèmes abordés seraient :

1. la connaissance de soi : identification des émotions, perception adéquate de soi, reconnaissance de ses forces, confiance en soi;
2. l'autogestion : gestion de ses émotions, du stress, contrôle de l'impulsivité, motivation personnelle, habiletés d'organisation;
3. la conscience sociale : prise de perspective, empathie, appréciation de la diversité, respect des autres;
4. les habiletés relationnelles : communication, engagement social, travail d'équipe, gestion des conflits et de la pression des pairs;
5. la prise de décisions responsable : identification des problèmes, analyse de la situation, réduction des risques, résolution des problèmes, responsabilité éthique.

Au primaire, on miserait sur l'identification des émotions, l'apprentissage à les nommer et les exprimer adéquatement et à s'apaiser. De plus, on enseignerait la gestion pacifique de conflit et la saine affirmation de soi. Le fait d'enseigner ces compétences aux enfants leur permettra de mieux faire face aux aléas de leur jeune vie, de surmonter les difficultés, d'avoir de meilleures relations avec leurs pairs, de briser l'isolement et de prendre confiance en leurs moyens. Il s'agit de facteurs de protection contre la dépression et l'anxiété.

Ces stratégies s'avèrent encore plus cruciales à l'adolescence, période durant laquelle il devient essentiel d'aborder différents thèmes tels que le consentement sexuel, la gestion du risque relié aux drogues, les relations numériques et la réputation en ligne. Au secondaire, on éduquerait aussi les adolescents sur les signaux d'alarme devant les amener à consulter, tels que les idées suicidaires.

En favorisant ainsi une intervention précoce, nous croyons que non seulement la souffrance associée aux troubles mentaux sera diminuée, mais que l'on pourra éviter la chronicisation de ces mêmes troubles à l'âge adulte, diminuant ainsi le fardeau qui leur est associé.

En somme, ce cours viserait à atteindre ces cinq objectifs :

1. Augmenter la résilience de nos jeunes face aux facteurs de stress de la vie;
2. Réduire le niveau de détresse chez les jeunes;
3. Conscientiser les jeunes aux concepts de santé mentale;
4. Permettre aux jeunes de demander promptement de l'aide, en cas de besoin;
5. Éviter la chronicisation des troubles de santé mentale.

Ce protocole d'apprentissage a déjà été mis en place dans plusieurs pays et les bénéfices sont sans équivoque [24].

Cette formation se ferait en complémentarité aux cours d'éducation sexuelle déjà en place. Selon le Ministère de l'éducation du Québec, « l'éducation à la sexualité tient compte de plusieurs dimensions et couvre des sujets variés : connaissance du corps, image corporelle, stéréotypes sexuels, sentiments amoureux. Elle permet notamment aux élèves de mieux se comprendre, d'établir des relations affectives respectueuses pour eux-mêmes et les autres, de développer leur esprit critique, leur bon jugement et leur sens des responsabilités. Pour offrir à tous les élèves de l'éducation à la sexualité sur chacun des sujets importants, le Ministère accorde une place plus formelle à celle-ci dans leur cheminement scolaire. Ainsi, depuis septembre 2018, les contenus définis par le Ministère sont obligatoires pour les élèves du primaire et du secondaire des établissements publics et privés. Ces contenus sont disponibles au préscolaire. Différents sujets seront abordés, en fonction de l'âge des élèves, pour favoriser le développement de ces derniers et réduire leur vulnérabilité à certaines problématiques. » [25]

L'accès au numérique est plus que jamais présent pour les jeunes. Bien que cela puisse comporter certains avantages, plusieurs effets néfastes peuvent également y être associés, par exemple, une surexposition aux écrans ou une mauvaise utilisation des réseaux sociaux. À cet effet, des données révèlent que 85 % des activités sédentaires des jeunes Québécois âgés de 12 à 24 ans sont constituées de temps d'écran, ce qui peut diminuer les interactions sociales des jeunes, la durée de leur sommeil et de leurs activités physiques [26]. De plus, certaines études révèlent une association positive et significative entre la dépression et l'utilisation des médias sociaux. Une étude québécoise récente a fait état des dommages liés à l'utilisation très fréquente des réseaux sociaux chez les filles qui les exposent à la cyberintimidation, à la comparaison sociale ou à une diminution des heures de sommeil ou d'activités physiques [27-29]. Finalement, les jeunes sont très vulnérables face à une multitude d'enjeux reliés à l'usage du numérique, que ce soit pour les nombreux « défis » dangereux lancés sur les réseaux sociaux, le partage de photos intimes, la propagation de fausses nouvelles, sujets souvent médiatisés, ou encore pour la protection des renseignements personnels et de la vie privée. Une formation intégrée dans le cursus scolaire portant sur la citoyenneté numérique nous apparaît donc hautement pertinente.

MESURE 4

Instaurer une formation longitudinale pour promouvoir la santé mentale dans le cursus scolaire des jeunes Québécois, débutant à la maternelle et se poursuivant jusqu'à la fin du secondaire. Cette formation leur permettrait de mieux reconnaître et gérer leurs émotions en plus d'être sensibles à la détresse de leurs pairs, de développer de saines habitudes de vie et se protéger des divers facteurs de risque des troubles mentaux. Ce programme éducatif doit également être accompagné d'indicateurs de performance afin de mesurer dans le temps ses effets, d'en suivre les retombées et d'être en mesure de l'ajuster afin qu'il atteigne les effets escomptés.

MESURE 5

Au sein de cette formation, instaurer un volet portant spécifiquement sur la citoyenneté numérique, afin d'outiller les jeunes à utiliser de façon responsable les diverses plateformes numériques s'offrant à eux.

2.1.5 Aire ouverte

Aire ouverte est un endroit dédié aux jeunes de 12 à 25 ans et offre différents services pour la santé et le bien-être. Les adolescents et les jeunes adultes reçoivent un accueil et des services adaptés à leurs besoins. Des professionnels, comme une infirmière ou un travailleur social, sont présents sur place pour les accueillir, les écouter et les aider à trouver des solutions. Le personnel est compétent et compréhensif et l'aide apportée se fait sans jugement, peu importe la situation, l'occupation ou la condition de la personne. Il y a des plages horaires disponibles avec et sans rendez-vous et les services sont disponibles le jour, le soir et les fins de semaine, selon un horaire flexible et sans liste d'attente. Chaque Aire ouverte a été développée avec la participation de jeunes de 12 à 25 ans. Ce service est déployé actuellement au Québec sous forme de trois projets de démonstration dont les points de service sont situés à Laval, au Nord-de-l'Île-de-Montréal et à Sept-Îles. Il est prévu que d'autres points de services ouvrent peu à peu dans chaque région du Québec.[30]

Ces services nous semblent prometteurs et nous ne pouvons que saluer cette initiative.

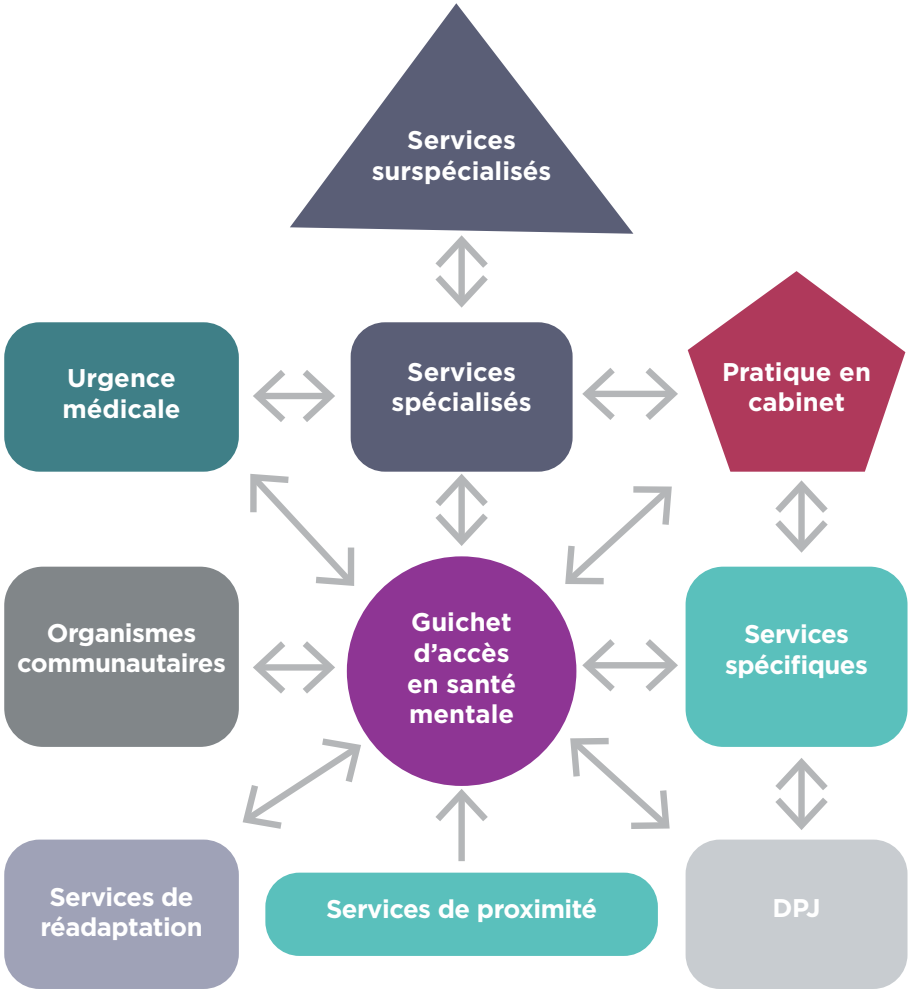
MESURE 6

Poursuivre le déploiement des Aires ouvertes à travers les régions du Québec et prévoir un mécanisme d'évaluation du rendement de ces services sur la santé mentale des jeunes et s'assurer que le déploiement des aires ouvertes et le fonctionnement se fassent en cohérence et collaboration avec les autres services.

2.1.6 Organismes communautaires et populations vulnérables

Il existe de multiples organismes dans la communauté venant en aide aux familles. Ces organismes communautaires s'avèrent de précieuses ressources pour les enfants et leurs parents, en particulier pour les populations vulnérables et jouent un rôle primordial dans la prévention primaire.

2.2 L'accès aux services



L'accès aux services jeunesse se fait via le GASM jeunesse. Cette fonction a été introduite dans le PASM 2005-2010 et « vise à garantir l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale par une hiérarchisation adéquate de l'ensemble de ces services, y compris les services spécialisés. » Les services généraux et les autres services spécifiques ou intersectoriels collaborent afin d'offrir des services en fonction des besoins de la personne. Le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) est la porte d'entrée pour les demandes de service de nature sociale ou psychologique. [31]

Malheureusement, dans les PASM 2005-2010 ou 2015-2020, la structure ou le mode de fonctionnement des GASM ne sont pas expliqués. 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. [32] Il peut être complexe pour le médecin référent, l'intervenant, le jeune ou le parent désirant une aide spécifique de se retrouver dans le système. Les façons de référer, l'endroit, les formulaires diffèrents d'une région à l'autre de même que les raisons de consultations acceptées pour une orientation pédopsychiatrique ou une référence à des services spécialisés spécifiques au besoin de l'enfant, l'adolescent et sa famille. Il semble donc y avoir nécessité d'uniformiser les différents fonctionnements et d'avoir un accès centralisé.

Afin d'aider le référent ou la clientèle de moins de 18 ans et leur famille, nous reconnaissons la nécessité de privilégier une approche facilitant l'accès avec les éléments suivants : une trajectoire simple et connue de tous; un accès centralisé avec une réponse rapide à la personne et au référent.

Nous proposons la trajectoire suivante :

- Un formulaire uniformisé et unique devrait permettre d'orienter d'emblée la demande vers le bon service et ainsi favoriser une prise en charge accélérée. Le service offert ne devrait plus être basé sur l'attente d'un diagnostic, mais plutôt sur la problématique exposée dans le formulaire permettant ainsi une prise en charge rapide. L'accessibilité demeure la clé essentielle. Pour ce faire, un numéro de téléphone unique devrait être diffusé largement dans les lieux de pratique des différents partenaires soit: les médecins de famille, les cliniques de pédiatrie, de psychiatrie de la région, l'urgence, les milieux scolaires et les milieux communautaires.
- Un intervenant à l'accès pourra évaluer la demande à partir du formulaire et déterminer le besoin prioritaire à l'intérieur des différents programmes disponibles en jeunesse incluant les services de santé mentale.
- Il faut favoriser une première prise de charge par une équipe d'intervenants psychosociaux afin de débuter un suivi individuel ou familial le plus rapidement possible dès la réception de la demande.
- Il est proposé de mettre fin au fonctionnement en silo entre les équipes santé mentales et les équipes jeunesse car la problématique est souvent comorbide et difficile à trancher entre les deux équipes.
- S'il y a lieu, un intervenant-pivot (intervenant ressource, navigateur) devra être assigné au jeune et sa famille pour les problématiques plus complexes avec suspicion de trouble psychiatrique. Ceux-ci pourront toujours s'y référer notamment pour toutes questions, demandes, nouvelles informations. Cela permettrait de rassurer la famille en attente et pourrait éviter des visites à l'urgence en attendant une consultation pédopsychiatrique.
- Par la suite, nous recommandons de faire parvenir une lettre au médecin référent confirmant la réception de sa demande et l'orientation choisie et d'expliquer au besoin les services offerts et les objectifs du suivi.
- Il est essentiel d'intégrer le MSRP dans cette trajectoire de sorte qu'il puisse travailler avec les équipes de proximité qui reçoivent les demandes et prendre contact au besoin avec le médecin référent.

En guise de référence, nous laissons en annexe le modèle adopté au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

MESURE 7

À l'instar du PASP, établir un modèle clair, tel que proposé ici, régissant l'évaluation et l'orientation des jeunes ayant un besoin que ce soit à l'aide d'un GASM avec des composantes définies ou avec de nouvelles modalités où l'on retrouve une notion d'accessibilité et de continuité pour le jeune et sa famille. 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.

2.3 La prévention secondaire

Organisation des services

	Rééducation	Santé mentale	Réadaptation
De proximité / CLSC (1ere ligne)	Jeunes en difficulté (JED)	Santé mentale (SM)	DI-TSA-DP
Spécialisés / Régionaux (2e ligne)	Centre Jeunesse / DPJ	Psychiatrie / CH	CR
Susspécialisés / Suprarégionaux (3e ligne)	CJ intensifs / institutionnels	Psychiatrie spécialisée	CR intensifs / institutionnels

2.3.1 Services jeunesse généraux et spécifiques

Le premier niveau d'accès aux services est celui des services dits de proximité et représentent des services accessibles de façon universelle qui ont pour objectifs de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et d'offrir des services diagnostics, de traitement et de réadaptation à tous. Ils visent à répondre à des problèmes de santé ou sociaux courants et variés et doivent être offerts près des milieux de vie des personnes. Ces services peuvent se décliner en deux ordres : les services généraux et les services spécifiques destinés à la santé mentale.

Les services jeunesse généraux ont comme rôles de dépister et de contrôler les facteurs de risque et de faire de l'intervention précoce pour les jeunes présentant un niveau de dysfonctionnement léger ou ponctuel.

À titre indicatif, voici des exemples de problématiques de santé mentale traitées dans les services généraux: symptômes anxieux légers, symptômes dépressifs réactionnels, difficultés d'adaptation, difficultés ou troubles relationnels, deuil, TDAH, syndrome de Gilles de la Tourette, problèmes de comportement, trouble d'opposition avec provocation, trouble des conduites, trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, énurésie, encoprésie.

Les services spécifiques en santé mentale jeunesse ont pour rôles de dépister et intervenir en santé mentale pour les jeunes présentant un niveau de dysfonctionnement moyen.

À titre indicatif, voici des exemples de problématiques de santé mentale traitées dans les services spécifiques: trouble anxieux léger-modéré, TOC et syndromes apparentés léger-modéré, trouble dépressif caractérisé léger-modéré, hallucinations non psychotiques, trouble alimentaire léger, trouble d'adaptation, fragilités de la personnalité, trauma, état de stress post-traumatique léger-modéré, deuil complexe, trouble somatoforme, trouble d'attachement.

Ces services sont habituellement offerts par les CISSS, mais peuvent également être offerts par les cliniques médicales, les psychologues scolaires ou en cabinet privé et par les organismes communautaires. Il y a un intérêt à décloisonner et à faire travailler ensemble ces deux types de services au sein d'un CISSS ou d'un CIUSSS car les problématiques chez les enfants sont le plus souvent comorbides. Le fait de reconnaître à chacun sson expertise propre mais de travailler en concertation qui rehausse l'expertise de chacun et est facilitant en termes de continuité pour le jeune et sa famille. [33, 34]

Selon le PASM 2015-2020 [11], «l'objectif est d'assurer la réponse à 70% des besoins de la population dans les services de première ligne, ce qui implique de garantir l'accessibilité aux soins et aux services en temps opportun (...) et l'accès à des services de première ligne en santé mentale, en temps opportun, est déterminant en ce qui concerne la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage.» Or, dans les faits, ce n'est pas ce qui est constaté sur le terrain, où 44% des besoins de la population sont répondus dans les services de première ligne en raison d'un manque de ressources en première ligne [35].

MESURE 8

Outiller suffisamment les équipes offrant des services jeunesse généraux et spécifiques, tant en termes d'effectifs, que de soutien clinique et de formation, afin d'atteindre l'objectif de prise en charge de 70% des besoins de la population. Favoriser ou organiser les services pour permettre une collaboration entre les services généraux JED (jeunes en difficulté) et les services spécifiques de santé mentale. Rehausser le ratio proposé par le MSSS d'un intervenant pour 3000 de population de moins de 18 ans selon le nombre d'indicateurs de la région, dont le faible statut socio-économique, l'immigration, le taux de suicide, le taux de diplomation, la prévalence da la toxicomanie[36].

Plus spécifiquement en termes de soutien clinique, selon le PASM 2015-2020, « le MSRP est un psychiatre qui exerce dans un établissement qui offre des soins et des services en santé mentale; sa fonction est de soutenir les équipes de santé mentale, les groupes de médecine familiale et les équipes des centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté et à leur famille dans les situations cliniques particulières ou complexes en psychiatrie. » 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. Cette fonction est donc un incontournable pour soutenir les équipes offrant des services généraux et spécifiques en jeunesse.

Il a déjà été soulevé dans le PASP produit par l'AMPQ 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 [32].

MESURE 9

À l'instar du PASP, rendre 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 et des pédiatres à la fonction de MSRP.

MESURE 10

Étendre la pratique du MSRP aux services de protection de l'enfance et aux services de réadaptation.

Au sein de ces services, il existe également un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, qui est offert par les centres intégrés, et qui vise à éviter le retrait du jeune de son milieu familial lors d'une situation de crise.

Dans le PASM 2015-2020, le MSSS s'engageait à « poursuivre l'implantation du programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, ainsi qu'il est défini dans les orientations ministérielles du programme-services Jeunes en difficultés. » [11] Toutefois, ce programme n'est pas toujours accessible pour les jeunes qui en ont besoin, ce qui crée une pression supplémentaire sur les autres services (par exemple, à l'urgence hospitalière, sur les services spécialisés ou sur les services de protection de l'enfance).

MESURE 11

Que toutes les familles en situation de crise puissent avoir accès en moment opportun au service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu des centres intégrés, et ce sur l'ensemble du territoire de la province de Québec.

2.3.2 PIPEP

Les troubles psychotiques représentent des troubles mentaux sérieux et il a été maintes fois démontré que la durée de psychose non traitée est fortement corrélée au pronostic à long terme, c'est-à-dire que plus un traitement est instauré tôt, plus les chances de rétablissement sont grandes. Les troubles psychotiques débutent souvent à un jeune âge, par exemple vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte [37].

Le MSSS a élaboré un cadre de référence PIPEP [38] visant à instaurer à la grandeur du Québec des services de détection et d'intervention précoces des troubles psychotiques visant un engagement actif des personnes vivant un premier épisode psychotique, de même que leurs proches, vers le rétablissement.

Selon le cadre de référence PIPEP, le PIPEP s'adresse aux personnes de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique et qui n'ont jamais été traitées pour une psychose ou ne l'ont été que pendant une période de douze mois et moins. Pour les personnes qui ne font pas partie de cette tranche d'âge, l'équipe du PIPEP les évaluera individuellement et, selon le cas, leur fournira un traitement ou les dirigera vers un autre service plus approprié. Il n'y a pas de critères d'exclusion concernant les diagnostics associés. Le PIPEP s'adresse également aux personnes à risque accru de psychose. Une personne est considérée à risque accru de psychose si elle présente une détresse, un déclin de son fonctionnement social et qu'elle correspond à l'une ou l'autre de ces situations: des symptômes psychotiques transitoires ou atténués OU d'autres comportements qui laissent suspecter une possible psychose OU un parent du premier degré atteint de psychose ou de schizophrénie.

Pour y avoir accès, les demandes de consultation relatives au PIPEP provenant de toutes personnes et de tous les milieux, y compris l'autoréférence, sont acceptées. Un lien étroit entre les responsables du PIPEP et les guichets d'accès en santé mentale des jeunes et des adultes est maintenu. Un intervenant du PIPEP doit être disponible pour faire l'évaluation de la situation, idéalement dans un délai de 24 heures lors du premier contact (téléphonique ou en personne) ou un délai maximal de 72 heures suivant la demande. À la suite de cette évaluation de triage concluant à la présence de signes ou de symptômes indiquant une possible psychose, l'équipe de PIPEP discute rapidement de la situation afin de s'assurer de planifier rapidement une évaluation médicale (dans les 15 jours suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable et dans les 7 jours dans le cas d'un état instable). Lorsque l'évaluation de triage ne conclut pas à la présence possible d'une psychose, après en avoir discuté avec le médecin responsable du PIPEP, l'équipe dirige la personne vers les services jugés les plus appropriés à sa situation. Ces services peuvent être notamment, dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, les services de santé mentale spécialisés (psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). L'organisation du PIPEP se fait en collaboration avec les services ou les départements de psychiatrie de l'enfant.

MESURE 12

À l'instar du cadre de référence PIPEP, permettre l'accès rapidement à un PIPEP dans le réseau public aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles considérées à risque accru de psychose, rendre l'offre de soins et de services des PIPEP homogène dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec et de structurer l'offre de services pour la clientèle jeunesse.

2.3.3 Services dans les écoles

Actuellement, ce qui est constaté sur le terrain est que plusieurs jeunes sont orientés vers les services généraux ou les services de santé mentale spécifiques ou spécialisés pour des problématiques d'ordre scolaire. Les exemples sont nombreux : des jeunes vivant de l'anxiété secondaire à des difficultés académiques non évaluées formellement et donc sans soutien adéquat, des jeunes qui dysfonctionnent en milieu scolaire (absentéisme scolaire ou problématiques comportementales) qu'on oriente vers les services de santé mentale pour obtenir un diagnostic parce qu'ils ont besoin d'un soutien accru pour suivre le rythme en classe régulière, des jeunes qui présentent des difficultés d'apprentissage ou de compréhension importantes avec dysfonctionnement associé mais pour qui aucune évaluation formelle du fonctionnement intellectuelle ou des apprentissages n'a été réalisée, etc.

Pourtant, les écoles peuvent compter sur l'apport d'équipes qui comprennent des professionnels de divers horizons (orthophonistes, orthopédagogues, psychologues, psycho-éducateurs, etc.) qui peuvent évaluer et prendre en charge une bonne partie des troubles scolaires. À cet effet, nous considérons que l'évaluation et le suivi des troubles d'apprentissage devraient relever du milieu scolaire, mais il semble y avoir un flou dans les mandats. De plus, les professionnels scolaires sont souvent en nombre insuffisant, ce qui constitue un obstacle.

Par ailleurs, certains jeunes ont besoin d'un soutien accru, par exemple de la part d'untechnicien en éducation spécialisée (TES), pour fonctionner en classe régulière, mais actuellement, les services sont souvent dans les faits accordés en fonction d'un diagnostic, bien que ce ne soit pas nécessairement cette conduite qui est préconisée au est préconisée au Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES). Par exemple, un jeune ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme bénéficie d'un certain nombre d'heures de soutien en classe, tandis qu'un jeune qui a un diagnostic de TDAH combiné à un trouble d'opposition avec provocation n'aura droit qu'à très peu de soutien, même si ses besoins peuvent être aussi voire plus grands que le jeune avec un diagnostic d'un TSA. Ainsi, relier les services au diagnostic peut avoir des effets pervers. Par exemple, certaines études démontrent une tendance au surdiagnostic du TSA. À cet effet, des chercheurs ont noté une «diminution constante de la différence entre les personnes qui reçoivent un diagnostic et le reste de la population plutôt que d'une réelle augmentation de la prévalence» [39].

Un autre problème est qu'il y a peu d'offre de postes à temps plein pour les TES, de sorte qu'à chaque année dans les écoles au Québec la majorité des TES changent d'école, ce qui n'assure pas de continuité avec le jeune et avec l'équipe école.

L'Association québécoise de prévention du suicide offre une formation pour devenir sentinelle. Les sentinelles sont des adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires, des personnes s'engageant de façon volontaire, des personnes formées et soutenues pour jouer le rôle qu'on attend d'elles. Ses rôles sont d'établir le contact avec la personne en détresse et d'assurer le lien entre les personnes suicidaires et les ressources d'aide du territoire. Il serait pertinent d'établir un réseau de sentinelles dans toutes les écoles de la province afin d'agir en prévention du suicide auprès des jeunes et les encourager à demander de l'aide s'il y a lieu.[40]

MESURE 13

Accorder les services scolaires en fonction des besoins et non en fonction du diagnostic afin de désengorger les services spécialisés en santé mentale et d'éviter le surdiagnostic.

MESURE 14

Pourvoir suffisamment les équipes-écoles professionnelles afin qu'elles puissent évaluer et prendre en charge rapidement et adéquatement les divers troubles scolaires et assurer une stabilité du personnel dans les écoles (professionnels et TES)

MESURE 15

Favoriser la mise sur pied et le maintien d'un réseau de sentinelles dans les milieux scolaires à travers la province.

2.4 La prévention tertiaire

2.4.1 Services spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les services de santé mentale jeunesse spécialisés représentent les services de pédopsychiatrie et ont comme rôles de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé mentale chez les jeunes qui présentent un niveau de dysfonctionnement sévère.

Les services spécialisés sont offerts sur une base locale ou régionale. Une référence médicale par un médecin de famille, un pédiatre ou un professionnel de la santé mentale en services spécifiques est nécessaire pour y accéder sauf dans certaines régions où l'on a identifié deux situations d'évidence soit la psychose (en cohérence avec le modèle PIPEP) et une suspicion de trouble alimentaire où la référence peut se faire par la personne elle-même ou sa famille. La clientèle ciblée est les enfants, les adolescents et les jeunes adultes et leurs familles qui ont des problèmes de santé mentale importants qui compromettent leur aptitude à fonctionner dans certains contextes, avec risque de rupture avec la société, complexité dans l'organisation continue des soins et services et résistance au traitement spécifique. Les services peuvent également s'adresser aux jeunes pour lesquels une consultation ponctuelle s'avère nécessaire pour procéder à l'évaluation et à la précision d'un diagnostic ou à la formulation de recommandations pour le traitement. Le travail se fait en équipe interdisciplinaire spécialisée en santé mentale. L'expertise offerte est pointue, utilise des outils d'évaluation et d'intervention spécialisés et, dans la plupart des cas, implique plusieurs intervenants. Les services spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent offrent également de la consultation et du soutien clinique auprès des médecins de famille, pédiatres et autres intervenants des services spécialisés. L'épisode de soins est circonscrit dans le temps et doit permettre un retour en services spécifiques lorsque le besoin est répondu.[34]

Les équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent travaillent également en collaboration avec les services de proximité notamment par l'intermédiaire du MSRP.

À titre indicatif, voici des exemples de problématiques de santé mentale traitées dans les services spécialisés : trouble anxieux modéré-sévère, trouble obsessif-compulsif et syndromes apparentés modéré-sévère, trouble dépressif majeur léger-modéré, maladie affective bipolaire, trouble psychotique non pris en charge par le PIPEP, trouble alimentaire modéré-sévère, état de stress post-traumatique modéré-sévère, TDAH complexe ou comorbide, syndrome de Gilles de la Tourette complexe ou comorbide, trouble du spectre de l'autisme (évaluation en soutien aux professionnels après dépistage si un doute persiste ou si la présentation est complexe chez les jeunes de 6 à 17 ans), trouble de comportement avec comorbidités psychiatriques, idées suicidaires avec risque de passage à l'acte nécessitant une prise en charge hospitalière.

L'accès aux services spécialisés en santé mentale jeunesse est un défi pour plusieurs régions du Québec, notamment en raison de la pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, mais également en raison de l'insuffisance des services dits de proximité, des services scolaires, des services de réadaptation et des services de protection de l'enfance, ce qui engorge inutilement les services spécialisés. De plus, les équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont souvent incomplètes, ce qui représente un obstacle supplémentaire pour l'accès aux soins.

MESURE 16

Promouvoir et valoriser la pratique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin d'attirer davantage de résidents dans les programmes de formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et s'assurer d'un nombre adéquat de postes en résidence dans chacune des quatre Facultés de médecine du Québec (nombre cible de 15).

MESURE 17

Permettre l'octroi de PEM aux psychiatres ayant un intérêt et une formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais n'ayant pas complété la formation de surspécialité, dans les régions hautement déficitaires, sous certaines conditions seulement. Voir annexe 2*

MESURE 18

Favoriser le déploiement de la télémédecine pour offrir des soins spécialisés dans les régions dépourvues.

MESURE 19

Une équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent deuxième ligne devrait compter les professions suivantes : psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, psychologue, neuropsychologue, psycho-éducateur, travailleur social, infirmier, ergothérapeute, orthophoniste et nutrition clinique. Le nombre de professionnels de chaque profession devrait être déterminé au prorata de la population desservie. Le MSSS propose actuellement un ratio d'un intervenant par 3800 de population de moins de 18 ans. Ce ratio devrait être ajusté à la hausse selon le nombre d'indicateurs dont le faible statut socio-économique, l'immigration, le taux de suicide, le taux de diplomation, la prévalence da la toxicomanie de la région.(36) Des infirmiers praticiens en santé mentale peuvent également être mis à contribution dans certaines équipes, par exemple dans les équipes PEP (prise en charge, ajustement de médication, ordonnance d'examens de laboratoires) ou en support aux infirmières cliniciennes à la DPJ.

2.4.2 Services surspécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les services surspécialisés (suprarégionaux) doivent être reconnus par le RUISSS et le MSSS ET/OU reconnaissance par les pairs (réseau de la santé) et sont offerts sur une base régionale ou provinciale. Une référence médicale d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre ou un professionnel de la santé mentale en services spécialisés est nécessaire pour y accéder. Les services s'adressent aux enfants, adolescents et jeunes adultes et leurs familles qui sont touchés par les maladies mentales plus graves, rares, complexes ou persistantes, qui compromettent nettement leur aptitude à fonctionner dans certains contextes, à risque de rupture avec la société, avec complexité dans l'organisation continue des soins et services avec résistance au traitement spécialisé. Les technologies et équipements utilisés sont sophistiqués, rares, innovants, les services sont associés à des investissements financiers et humains importants et il y a implication conjointe d'une équipe interdisciplinaire hautement spécialisée. L'expertise est très pointue et rare, les outils d'évaluation et d'intervention sont spécialisés et complexes et les approches et les traitements sont innovants. L'offre de services inclut également des consultations et un soutien clinique auprès des intervenants des services spécialisés (psychiatres, pédopsychiatres et professionnels des équipes spécialisées). L'épisode de soins est circonscrit dans le temps et doit permettre un retour en services spécialisés ou spécifiques lorsque le besoin est répondu. Les services surspécialisés offrent également un milieu unique d'enseignement et de recherche.[34]

À titre indicatif, voici des exemples de problématiques de santé mentale traitées dans les services surspécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : troubles alimentaires complexes, troubles psychotiques chez les 12 ans et moins, évaluation de la dangerosité, évaluations médico-légales.

Ces services sont essentiels pour certaines situations précises et complexes, mais ne sont pas facilement accessibles, par exemple, pour une personne qui habite en région éloignée. De plus, les milieux désignés et les mandats ne sont pas toujours clairement établis par le MSSS. Les CHU qui ont des départements ou des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent devraient aussi avoir une responsabilité populationnelle proportionnelle.

MESURE 20

Assurer l'accès aux services surspécialisés (suprarégionaux) pour tous peu importe la région, en cohérence avec les RUIS.

MESURE 21

Clarifier les mandats et l'offre de services pour les services surspécialisés de même que les milieux désignés offrant ce type de services.

2.4.3 Services de réadaptation (CRDI, CRDP, hébergement, dépendance)

Selon le MSSS, « les centres de réadaptation dispensent des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services. Les centres offrent également des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. » [41]

Les CRDI offrent des services de réadaptation aux personnes avec un handicap intellectuel ou un TSA, ainsi qu'aux jeunes enfants présentant un retard global de développement.

Les CRDP offrent des services spécialisés et surspécialisés de réadaptation aux personnes ayant une déficience auditive, une déficience du langage, une déficience motrice ou une déficience visuelle. Ainsi, l'évaluation et le suivi des troubles de la communication et des troubles d'acquisition de la coordination relèvent des équipes de réadaptation.

Les centres de réadaptation en dépendance du Québec offrent des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration et de réinsertion sociale à des personnes aux personnes aux prises avec un problème de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. Il offre aussi des services de soutien à l'entourage de ces personnes. Les troubles liés à l'utilisation des substances chez les jeunes doivent donc être pris en charge par les services de réadaptation en dépendance.

Actuellement, il y a encore beaucoup d'évaluations (et même de suivis), des handicaps intellectuels, troubles langagiers et troubles d'acquisition de la coordination qui se font dans les services spécialisés de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

MESURE 22

Le dépistage et les évaluations diagnostiques du handicap intellectuel, des troubles du langage et du trouble développemental de la coordination devraient être disponibles dans les services de proximité, afin de pouvoir accéder, si besoin, aux suivis appropriés ou aux évaluations complémentaires. Les services de stimulation doivent se donner dans les services de proximité ou dans les services de réadaptation selon la sévérité des retards, en fonction des échelles adaptatives ou de développement, sans égard au diagnostic.

Le diagnostic de TSA est fait selon les lignes directrices du CMQ et OPQ (42). En somme, il est recommandé une évaluation rigoureuse par des médecins et psychologues ayant une expertise en TSA et pouvant évaluer le diagnostic différentiel complet, idéalement dans un processus interdisciplinaire.

S'il y a lieu, le suivi des jeunes avec TSA, handicap intellectuel, trouble du langage, ou trouble développemental de la coordination se font dans les services de réadaptation. Il en est de même des suivis des troubles liés à l'utilisation des substances.

Les services de suivi en psychiatrie sont consacrés aux conditions psychiatriques complexes qui sont surajoutées, ceci en collaboration avec les autres dispensateurs de soins de services de proximité ou autres services spécialisés.

Un problème majeur rencontré dans les services spécialisés, notamment en intrahospitalier, est le manque criant de ressources d'hébergement au sein des services de réadaptation, par exemple, des jeunes avec handicap intellectuel et/ou trouble du spectre de l'autisme en troubles de comportement qui sont hospitalisés sur les unités de psychiatrie par essoufflement du milieu, alors qu'ils devraient plutôt aller vers une ressource d'hébergement du CRDI. De même, il existe peu de ressources spécifiques de réadaptation pour des jeunes présentant des problématiques sévères et chroniques de santé mentale comme la psychose ou l'anorexie. L'accès pour ceux existant est complexe. Cela contraste grandement avec les services adultes où l'on retrouve différentes ressources pour un adulte présentant ce type de problématique tant dans le réseau public que communautaire. D'autres provinces comme l'Ontario ont développé davantage ce type de ressources et facilité l'accès de sorte que le séjour en centre hospitalier n'a pas à être prolongé.

MESURE 23

Les services de réadaptation doivent pouvoir offrir un accès adéquat et rapide à des ressources d'hébergement pour leur clientèle. Favoriser le développement d'une offre de services adaptée pour l'hébergement et la réadaptation tant dans le réseau public qu'au niveau du réseau communautaire.

2.4.4 Cliniques de pédiatrie du développement et de pédiatrie sociale

Selon la Société canadienne de pédiatrie [43], « les pédiatres du développement prodiguent des soins spécialisés aux enfants et aux adolescents ayant toute une série des troubles du développement. Il peut s'agir de troubles cognitifs ou d'apprentissage, de troubles du développement global, d'autisme, de troubles moteurs comme l'infirmité motrice cérébrale (paralysie cérébrale), de troubles génétiques, de troubles du langage, d'atteintes auditives ou visuelles et de troubles du comportement. Les pédiatres du développement donnent des consultations et travaillent en étroite collaboration avec d'autres intervenants dans un « cercle de soins » pour les enfants et les adolescents, intégrant l'information provenant d'autres spécialistes et des professionnels paramédicaux. Ils préconisent l'optimisation des habiletés des enfants et des adolescents au sein de la famille, de l'école ou du milieu de garde, de la culture et de la collectivité. » Il existe également des équipes d'évaluation de retard de développement basées sur un modèle où le psychologue joue un rôle prépondérant dans l'évaluation et la détermination des besoins. Ces équipes ont avantage à travailler en collaboration avec les pédiatres du développement et les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent. Malheureusement, le temps d'attente pour avoir accès à une évaluation auprès d'une équipe développement est souvent long (par exemple, près de deux ans d'attente dans la région de Montréal). Un modèle basé sur une hiérarchisation des services offre plusieurs avantages et permet la coordination des différents acteurs, considérant que la plupart des évaluations peuvent se faire dans les services de proximité par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychologue, d'un orthophoniste et d'un ergothérapeute avec l'appui au besoin et la référence vers des services de pédiatrie et/ou de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent lorsque la problématique est plus sévère.

Toujours selon la Société canadienne de pédiatrie, « la communauté de la pédiatrie sociale est née d'une conviction commune : même si les pédiatres accordent une grande importance aux aspects psychosociaux des soins aux patients, il est nécessaire d'insister tout particulièrement sur la pédiatrie sociale. La pédiatrie sociale existe partout dans le monde. Au Canada, elle s'est en grande partie épanouie grâce au Dr Gilles Julien, qui a fait œuvre de pionnier au Québec. Sa philosophie est axée sur les droits des enfants décrits dans la Convention des Nations Unies. L'approche communautaire et intersectorielle du Dr Julien démontre que nous pouvons nous rallier pour lutter contre le stress toxique et les expériences indésirables de l'enfance et atténuer les effets néfastes des déterminants sociaux de la santé. » Nous saluons et reconnaissons la contribution des équipes de pédiatrie sociale pour la population jeunesse vulnérable.

MESURE 24

Structurer le processus d'évaluation des 0-5 ans en tenant compte d'une hiérarchisation des services avec une coordination des différents acteurs. Assurer la présence dans les services de proximité d'équipes avec un nombre suffisant d'intervenants pouvant faire l'évaluation avec, au besoin, l'intervention de la pédiatrie du développement ou de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

2.4.5 Services de protection de l'enfance (et hébergement)

La direction de la protection de la jeunesse est chargée de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) dans sa région. La LPJ s'applique aux enfants qui vivent des situations qui compromettent ou qui peuvent compromettre leur sécurité ou leur développement. Ces enfants sont considérés comme étant en difficulté et ayant besoin de protection. Les situations pour lesquelles l'enfant peut être en besoin de protection sont variées : abandon, négligence, mauvais traitement psychologiques (par exemple, exposition à un conflit de séparation important), abus sexuels, abus physiques, troubles de comportement importants, risque de négligence, abus sexuels, abus physiques [44]. Les troubles de comportement sévères, l'absentéisme scolaire et les trouble d'attachement avec problèmes de comportement associés relèvent donc de la DPJ.

Malheureusement, sur le terrain, les services de protection de l'enfance sont souvent insuffisants, les troubles de comportement sérieux se retrouvent dans les services spécialisés de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les signalements pour absentéisme scolaire ou troubles de comportement sérieux ne sont pas retenus ou il y a un délai important de prise en charge, nuisant à la sécurité et au développement du jeune. Il y a également un manque de ressources d'hébergement et les jeunes avec troubles de comportement sérieux avec épuisement du milieu se retrouvent fréquemment hospitalisés au sein des unités de psychiatrie alors que leur place est en centre de réadaptation ou en famille d'accueil.

De plus, par insuffisance de services de protection de l'enfance, beaucoup de jeunes en détresse se retrouvent dans les services spécialisés de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent tels des enfants victimes d'un conflit de séparation de ses parents ou des enfants qui vivent beaucoup d'instabilité familiale ou de négligence.

MESURE 25

Pourvoir suffisamment en ressources humaines et ressources d'hébergement les services de protection à l'enfance afin qu'ils puissent répondre à leur mandat de protection notamment des jeunes aux prises avec des problématiques comportementales sérieuses nuisant à leur sécurité et leur développement. Favoriser ou organiser les services pour permettre une collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services spécialisés en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

2.4.6 Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM)

Selon le MSSS, « le Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM) s'inscrit dans un nouveau programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale au Québec. Il vise à offrir à la population un meilleur accès à des services en santé mentale, dont la psychothérapie. Le PQPTM mise sur un ensemble de services déjà existants allant des auto-soins à la psychothérapie, en passant par l'intervention de soutien ou l'intervention familiale. En plus des auto-soins et de la psychothérapie, le PQPTM vient encadrer les services offerts aux personnes présentant des troubles mentaux fréquents, tels que : la rencontre d'accompagnement; l'intervention de soutien; l'intervention conjugale et familiale; l'éducation psychologique; la réadaptation; le suivi clinique; le coaching. » [45]

Nous ne pouvons que saluer une telle initiative. Pour plusieurs problématiques de santé mentale chez les jeunes, par exemple les troubles dépressifs et les troubles anxieux, la psychothérapie est le traitement de premier choix [46]. Cependant, les approches et les pratiques de psychothérapie sont très disparates et ne s'équivalent pas toutes. Par exemple, pour les troubles anxieux, la psychothérapie de type cognitivo-comportementale est la modalité qui est la mieux démontrée et appuyée par des données probantes. De plus, l'accès à la psychothérapie demeure toujours un défi.

MESURE 26

Rendre accessible rapidement la psychothérapie pour les jeunes dont la situation clinique le requiert, notamment sur recommandation du GASM, et s'assurer que les modalités thérapeutiques utilisées soient appuyées sur des données probantes.

2.4.7 Centres de crise pour évaluation des idées suicidaires

Les divers centres de crise du Québec offrent des services d'intervention aux personnes vivant une situation de crise ou à leurs proches. Ces services sont accessibles en tout temps, constituent une porte d'entrée alternative à l'urgence hospitalière, peuvent estimer la dangerosité et intervenir efficacement et travaillent en collaboration avec les partenaires institutionnels et communautaires [47].

Ces services ne sont malheureusement pas toujours offerts aux jeunes de moins de 18 ans et lorsqu'offerts, ces services sont souvent sous-utilisés. En effet, beaucoup de jeunes sont dirigés vers les urgences par des intervenants scolaires ou des services de première lignes (généraux et spécifiques) lorsqu'ils verbalisent des idées suicidaires, afin d'obtenir une évaluation de la dangerosité, alors que l'évaluation du risque suicidaire n'est pas et ne devrait pas être exclusive aux médecins d'urgence et aux psychiatres. D'ailleurs, une étude publiée en avril 2019 et menée par une équipe de chercheurs de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill révèle que le nombre de visites aux urgences pour des tentatives de suicide ou des idées suicidaires a presque doublé entre 2007 et 2015 aux États-Unis. L'étude indique également que dans 43 % des cas, ces visites concernaient des enfants âgés de moins de 12 ans [7].

MESURE 27

Étendre l'offre de services de l'ensemble de centres de crise du Québec aux patients âgés de moins de 18 ans et promouvoir ces services auprès des intervenants jeunesse afin que l'évaluation de la dangerosité se fasse en priorité par les centres de crise et ainsi désengorger les urgences hospitalières. L'évaluation doit se faire par des intervenants qui peuvent accompagner le jeune dans la crise. Développer une offre d'hébergement aux patients âgés de moins de 18 ans en situation de crise.

2.5 La transition vers l'âge adulte

À l'âge de 18 ans, la transition entre les services de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence et les services adultes est souvent brutale. Malheureusement, c'est souvent à cet âge que plusieurs grands troubles psychiatriques vont faire leur apparition et le cerveau est encore en maturation jusqu'à l'âge d'environ 25 ans. Ceci est particulièrement marqué pour le jeune suivi par les services de protection de l'enfance où il perdra son hébergement, son soutien par la DPJ et souvent son suivi psychiatrique. Il y a beaucoup de place à l'amélioration pour assurer une transition fluide vers les services adultes.

MESURE 28

À l'instar du PASP, 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 29

À l'image des services PIPEP, favoriser le développement de l'expertise et de services psychiatriques pour la population 15-25 ans, expertise pouvant relever autant de psychiatres ayant un intérêt pour la population jeunesse que de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent ayant un intérêt pour la population des jeunes adultes, afin de favoriser une transition fluide vers les services adultes.

3 MESURES

Mesure 1

Augmenter le nombre de places disponibles en CPE et milieux familiaux affiliés afin que tous les parents qui le souhaitent puissent permettre à leurs enfants d'y avoir accès, en particulier les enfants provenant de milieux défavorisés et ceux présentant des retards de développement. Évaluer l'impact de l'implantation des CPE.

Mesure 2

S'assurer que les familles visées par les programmes SIPPE et d'intervention en négligence soient bien dépistées et qu'elles aient accès au bon service au bon moment, et ce, à travers la province.

Mesure 3

S'assurer que les programmes SIPPE travaillent en collaboration avec les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de proximité offrant des soins en santé mentale.

Mesure 4

Instaurer une formation longitudinale pour promouvoir la santé mentale dans le cursus scolaire des jeunes Québécois, débutant à la maternelle et se poursuivant jusqu'à la fin du secondaire. Cette formation leur permettrait de mieux reconnaître et gérer leurs émotions en plus d'être sensibles à la détresse de leurs pairs, de développer de saines habitudes de vie et se protéger des divers facteurs de risque des troubles mentaux. Ce programme éducatif doit également être accompagné d'indicateurs de performance afin de mesurer dans le temps ses effets, d'en suivre les retombées et d'être en mesure de l'ajuster afin qu'il atteigne les effets escomptés.

Mesure 5

Au sein de cette formation, instaurer un volet portant spécifiquement sur la citoyenneté numérique, afin d'outiller les jeunes à utiliser de façon responsable les diverses plateformes numériques s'offrant à eux.

Mesure 6

Poursuivre le déploiement des Aires ouvertes à travers les régions du Québec et prévoir un mécanisme d'évaluation du rendement de ces services sur la santé mentale des jeunes et s'assurer que le déploiement des aires ouvertes et le fonctionnement se fassent en cohérence et collaboration avec les autres services.

Mesure 7

À l'instar du PASP, établir un modèle clair, tel que proposé ici, régissant l'évaluation et l'orientation des jeunes ayant un besoin que ce soit à l'aide d'un GASM avec des composantes définies ou avec de nouvelles modalités où l'on retrouve une notion d'accessibilité et de continuité pour le jeune et sa famille. 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 8

Outiller suffisamment les équipes offrant des services jeunesse généraux et spécifiques, tant en termes d'effectifs, que de soutien clinique et de formation, afin d'atteindre l'objectif de prise en charge de 70% des besoins de la population. Favoriser ou organiser les services pour permettre une collaboration entre les services généraux JED (jeunes en difficulté) et les services spécifiques de santé mentale. Rehausser le ratio proposé par le MSSS d'un intervenant pour 3000 de population de moins de 18 ans selon le nombre d'indicateurs de la région, dont le faible statut socio-économique, l'immigration, le taux de suicide, le taux de diplomation, la prévalence da la toxicomanie(36).

Mesure 9

À l'instar du PASP, rendre 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 et des pédiatres à la fonction de MSRP.

Mesure 10

Étendre la pratique du MSRP aux services de protection de l'enfance et aux services de réadaptation.

Mesure 11

Que toutes les familles en situation de crise puissent avoir accès en moment opportun au service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu des centres intégrés, et ce sur l'ensemble du territoire de la province de Québec.

Mesure 12

À l'instar du cadre de référence PIPEP, permettre l'accès rapidement à un PIPEP dans le réseau public aux personnes qui vivent un premier épisode psychotique et à celles considérées à risque accru de psychose, rendre l'offre de soins et de services des PIPEP homogène dans tous les établissements responsables d'offrir des soins et des services de santé mentale au Québec et de structurer l'offre de services pour la clientèle jeunesse.

Mesure 13

Accorder les services scolaires en fonction des besoins et non en fonction du diagnostic afin de désengorger les services spécialisés en santé mentale et d'éviter le surdiagnostic.

Mesure 14

Pourvoir suffisamment les équipes-écoles professionnelles afin qu'elles puissent évaluer et prendre en charge rapidement et adéquatement les divers troubles scolaires et assurer une stabilité du personnel dans les écoles (professionnels et TES)

Mesure 15

Favoriser la mise sur pied et le maintien d'un réseau de sentinelles dans les milieux scolaires à travers la province.

Mesure 16

Promouvoir et valoriser la pratique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin d'attirer davantage de résidents dans les programmes de formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et s'assurer d'un nombre adéquat de postes en résidence dans chacune des quatre Facultés de médecine du Québec (nombre cible de 15).

Mesure 17

Permettre l'octroi de PEM aux psychiatres ayant un intérêt et une formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais n'ayant pas complété la formation de surspécialité, dans les régions hautement déficitaires, sous certaines conditions seulement. Voir annexe 2*

Mesure 18

Favoriser le déploiement de la télémédecine pour offrir des soins spécialisés dans les régions dépourvues.

Mesure 19

Une équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent deuxième ligne devrait compter les professions suivantes : psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, psychologue, neuropsychologue, psycho-éducateur, travailleur social, infirmier, ergothérapeute, orthophoniste et nutrition clinique. Le nombre de professionnels de chaque profession devrait être déterminé au prorata de la population desservie. Le MSSS propose actuellement un ratio d'un intervenant par 3800 de population de moins de 18 ans. Ce ratio devrait être ajusté à la hausse selon le nombre d'indicateurs dont le faible statut socio-économique, l'immigration, le taux de suicide, le taux de diplomation, la prévalence da la toxicomanie de la région.(36) Des infirmiers praticiens en santé mentale peuvent également être mis à contribution dans certaines équipes, par exemple dans les équipes PEP (prise en charge, ajustement de médication, ordonnance d'examens de laboratoires) ou en support aux infirmières cliniciennes à la DPJ.

Mesure 20

Assurer l'accès aux services surspécialisés (suprarégionaux) pour tous peu importe la région, en cohérence avec les RUIS.

Mesure 21

Clarifier les mandats et l'offre de services pour les services surspécialisés de même que les milieux désignés offrant ce type de services.

Mesure 22

Le dépistage et les évaluations diagnostiques du handicap intellectuel, des troubles du langage et du trouble développemental de la coordination devraient être disponibles dans les services de proximité, afin de pouvoir accéder, si besoin, aux suivis appropriés ou aux évaluations complémentaires. Les services de stimulation doivent se donner dans les services de proximité ou dans les services de réadaptation selon la sévérité des retards, en fonction des échelles adaptatives ou de développement, sans égard au diagnostic.

Le diagnostic de TSA est fait selon les lignes directrices du CMQ et OPQ (42). En somme, il est recommandé une évaluation rigoureuse par des médecins et psychologues ayant une expertise en TSA et pouvant évaluer le diagnostic différentiel complet, idéalement dans un processus interdisciplinaire.

S'il y a lieu, le suivi des jeunes avec TSA, handicap intellectuel, trouble du langage, ou trouble développemental de la coordination se font dans les services de réadaptation. Il en est de même des suivis des troubles liés à l'utilisation des substances.

Les services de suivi en psychiatrie sont consacrés aux conditions psychiatriques complexes qui sont surajoutées, ceci en collaboration avec les autres dispensateurs de soins de services de proximité ou autres services spécialisés.

Mesure 23

Les services de réadaptation doivent pouvoir offrir un accès adéquat et rapide à des ressources d'hébergement pour leur clientèle. Favoriser le développement d'une offre de services adaptée pour l'hébergement et la réadaptation tant dans le réseau public qu'au niveau du réseau communautaire.

Mesure 24

Structurer le processus d'évaluation des 0-5 ans en tenant compte d'une hiérarchisation des services avec une coordination des différents acteurs. Assurer la présence dans les services de proximité d'équipes avec un nombre suffisant d'intervenants pouvant faire l'évaluation avec, au besoin, l'intervention de la pédiatrie du développement ou de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Mesure 25

Pourvoir suffisamment en ressources humaines et ressources d'hébergement l es services de protection à l'enfance afin qu'ils puissent répondre à leur mandat de protection notamment des jeunes aux prises avec des problématiques comportementales sérieuses nuisant à leur sécurité et leur développement. Favoriser ou organiser les services pour permettre une collaboration entre les services de protection de l'enfance et les services spécialisés en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

Mesure 26

Rendre accessible rapidement la psychothérapie pour les jeunes dont la situation clinique le requiert, notamment sur recommandation du GASM, et s'assurer que les modalités thérapeutiques utilisées soient appuyées sur des données probantes.

Mesure 27

Étendre l'offre de services de l'ensemble de centres de crise du Québec aux patients âgés de moins de 18 ans et promouvoir ces services auprès des intervenants jeunesse afin que l'évaluation de la dangerosité se fasse en priorité par les centres de crise et ainsi désengorger les urgences hospitalières. L'évaluation doit se faire par des intervenants qui peuvent accompagner le jeune dans la crise. Développer une offre d'hébergement aux patients âgés de moins de 18 ans en situation de crise.

Mesure 28

À l'instar du PASP, 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 29

À l'image des services PIPEP, favoriser le développement de l'expertise et de services psychiatriques pour la population 15-25 ans, expertise pouvant relever autant de psychiatres ayant un intérêt pour la population jeunesse que de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent ayant un intérêt pour la population des jeunes adultes, afin de favoriser une transition fluide vers les services adultes.

4

ANNEXES

Annexe 1

Accès intégré et harmonisé aux soins et aux services du CIUSSS de la Capitale-Nationale [1]

Une transformation majeure s'opère actuellement au CIUSSS de la Capitale-Nationale avec l'implantation graduelle de l'accès intégré et harmonisé dans les différentes portes d'entrée que peut utiliser la population pour obtenir des soins et des services. Mené par la Direction des services multidisciplinaires, en collaboration avec les autres directions, ce projet débuté en 2015 a pour but d'améliorer l'expérience de l'usager en répondant adéquatement et rapidement à ses besoins prioritaires et en simplifiant son parcours au sein du réseau. Ainsi, dans une perspective d'un continuum de services fluide, simplifié et sans retour en arrière (des portes d'entrée aux programmes de l'établissement ou aux partenaires des réseaux locaux de services), l'usager et ses proches reçoivent le bon service, au bon moment et dans le plus court délai possible. Cela devient faisable en instaurant des pratiques innovantes et en harmonisant les processus cliniques et de gestion dans l'ensemble du territoire du CIUSSS.

Une approche innovante

Avec l'accès intégré et harmonisé, l'usager est placé au cœur de sa propre démarche et il est partie prenante des décisions qui le concernent. Dès sa première demande de soins ou de services, peu importe l'endroit où il s'adresse (Info-Santé, Info-Social, groupes de médecine de famille, activités de liaison en milieu hospitalier, urgences hospitalières, équipe Accès ou CLSC), un intervenant précise avec lui son besoin prioritaire. Ce besoin est alors analysé conjointement par l'équipe clinique et l'usager, en tenant compte de sa santé globale (physique et mentale) et de son environnement. Pour ce faire, l'équipe clinique a recours à des outils d'intervention uniques (utilisés dans toutes les portes d'entrée) et à des processus d'intervention harmonisés. De plus, elle privilégie la pratique collaborative au sein de son propre service et conjugue ses efforts avec ceux des autres professionnels de différents programmes et des gestionnaires. Par la suite, la demande de l'usager est orientée vers le bon programme, ce qui réduit considérablement les délais de réponse.

Une réussite qui repose sur des pratiques collaboratives et des services de proximité

Le succès de l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de proximité repose sur l'instauration des pratiques collaboratives et innovantes ainsi que sur l'harmonisation des processus cliniques et de gestion sur l'ensemble du territoire de la Capitale-Nationale, mais également avec l'ensemble des référents et des professionnels du territoire de la Capitale-Nationale.

[1] *https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/professionnels-sante/acces-integre-harmonise*

Les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, notamment les médecins de la région de la Capitale-Nationale, jouent un rôle déterminant dans l'orientation de l'usager vers les services offerts par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les services de proximité s'insèrent dans la communauté pour se rapprocher des forces vives du milieu en permettant d'accompagner les usagers et leurs proches vers les ressources de la communauté et du réseau grâce à des pratiques de collaboration. Ces services, visibles au plus près du milieu de vie, constituent également la voie d'accès aux ressources pertinentes afin de guider le parcours de l'usager et de ses proches.

Le succès de la mise en place de l'accès intégré harmonisé repose sur la collaboration d'une communauté de professionnels et de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. C'est grâce à leur rôle de vigie que sont maintenus le lien de confiance et la fluidité à travers les différents épisodes de soins et de services.

Contributifs au continuum intégré d'interventions de proximité, les services agissent sur la promotion, la prévention, le dépistage, le repérage, l'analyse du besoin et de la demande, l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins de fin de vie. Enfin, ils actualisent, renforcent et relient les différentes missions du système de santé et de services sociaux.

Un formulaire harmonisé de référence

Un formulaire harmonisé de référence pour des soins et des services de santé et services sociaux de proximité a été adopté en 2019. Il permet de recueillir les renseignements nécessaires à l'intervenant pour définir et analyser conjointement avec l'usager et l'équipe clinique son besoin prioritaire en tenant compte de sa santé globale (physique et mentale) et de son environnement.

Des évidences pour guider l'analyse du besoin prioritaire de l'usager

Les offres de service sont mises à la disposition du personnel des portes d'entrée du CIUSSS de la Capitale-Nationale sous la forme d'évidences qui guident l'analyse du besoin prioritaire de l'usager.

Pour ce qui est du programme jeunesse, les équipes santé mentale et JED travaillent ensemble afin d'éviter l'effet de silo et favoriser une prise en charge globale. Lorsque l'enfant semble présenter une problématique de santé mentale, l'infirmière navigatrice fait un premier contact avec le jeune et sa famille dans les 24 à 72 heures. Elle fera à la fois l'évaluation initiale de la condition physique et assurera les éléments suivants:

- Offre d'une écoute active et de l'éducation psychologique concernant les besoins en santé mentale au jeune et à ses parents
- Liaison et coordination des soins et des services
- Orientation et priorisation des demandes
- Soutien aux intervenants et partenaires externes impliqués auprès du jeune
- Ensemble des interventions visant la prévention et le traitement de la maladie

L'épisode de service sera variable en intensité et en durée selon le besoin. Elle demeure disponible tout au long de l'épisode de service donc assure une continuité et un lien entre les différents partis impliqués. »

Annexe 2

Principes proposés dans un contexte de pénurie de psychiatres de l'adolescent :

1) Chaque région du Québec devrait pouvoir compter sur la présence de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent certifiés

a. Importance de maintenir les postes de résidence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à un nombre suffisant

b. Importance de donner une priorité sur les PEM aux médecins ayant une certification de spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2) Étant donné la pénurie actuelle de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent et afin de répondre aux besoins de la population: Nous envisageons la possibilité qu'un psychiatre général puisse être admis sur un PEM de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et ce, de façon exceptionnelle et en respectant les principes suivants :

a. Ouverture pour une courte période qui sera définie (ex : 1 ou 2 ans avec réévaluation)

b. Dans des régions ciblées donc après analyse des besoins de la région

c. La personne s'engage à voir une clientèle entre 0-18 ans et non pas juste des adolescents

d. Il est clairement établi que la personne n'agit pas comme psychiatre de l'enfant et de l'adolescent mais comme psychiatre généraliste. Le fait d'occuper ce poste n'accorde pas la désignation de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, qui demeure un titre réservé. Le psychiatre ne peut donc pas se présenter comme un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, même s'il occupe un PEM de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

e. Nous recommandons qu'un comité de travail puisse étudier certains aspects :

   i. *Voir entre autres aux conditions de pratique (plusieurs personnes abandonnent leur pratique en région car les conditions minimales ne sont pas là i.e. avoir une équipe de professionnels)*

   ii. *Conditions minimales pour reconnaître la compétence*

   iii. *Évaluer les demandes des régions et voir à associer une organisation en collaboration avec la région suprarégionale correspondante (entente pour support : Vision de hiérarchisation des soins)*

f. Possibilité de flexibilité dans la gestion des PEM : dans le cas où le poste prévu dans une région ciblée est occupé par un psychiatre général avec un intérêt en pédopsychiatrie étant donné l'absence d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescence, permettre la possibilité de recrutement d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent même si cela ajoute au PEM dans cette région.

Bibliographie

1. *La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada: Institut canadien d'information sur la santé; 2019 [Available from: https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie.*
2. *Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry. 2007;20(4):359-64.*
3. *Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry. 2005;62(6): 593-602.*
4. *Rapport sur les maladies mentales au Canada. Ottawa: Santé Canada; 2002. p. 18-9.*
5. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017, Résultats de la deuxième édition, TOME 2, L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes. Québec: Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec; 2018.*
6. *Cousineau M-È. De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques. Radio-Canada. 2 avril 2016.*
7. *Burstein B, Agostino H, Greenfield B. Suicidal Attempts and Ideation Among Children and Adolescents in US Emergency Departments, 2007-2015. JAMA pediatrics. 2019;173(6):598-600.*
8. *Levesque P, Pelletier É, Perron PA. Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019. Québec: Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations; 2019.*
9. *INSPQ. La mortalité par suicide au Québec : 1981-2012 – Mise à jour 2015. Québec: Gouvernement du Québec, Institut National de Santé Publique du Québec; 2015.*
10. *Plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité en date du 2020-09-01. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux; 2020.*
11. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017.*
12. *La santé mentale: renforcer notre action: Organisation mondiale de la santé; 2020 [Available from: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.*
13. *AMPQ. Qu'est-ce qu'une maladie mentale? : Association des médecins psychiatres du Québec; 2020 [Available from: https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/.*
14. *Beaucage C, Bonnier Viger Y. Épidémiologie appliquée. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1996. 550 p.*
15. *Dumont S. Comité sur la recherche en santé primaire. Québec: VRRC Université Laval; 2012.*
16. *Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. Frontiers in psychiatry. 2019;10:710.*
17. *Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. The American journal of psychiatry. 2018;175(5):411-26.*
18. *Landa RJ. Efficacy of early interventions for infants and young children with, and at risk for, autism spectrum disorders. International review of psychiatry. 2018;30(1):25-39.*
19. *Karow A, Holtmann M, Koutsouleris N, Pfennig A, Resch F. [Psychotic disorders in the transition phase: early detection and early intervention]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 2019;87(11):629-33.*
20. *Bigras N, Pomerleau A, Malcuit G, Blanchard D. Le développement des enfants vivant dans des conditions de risques psychosociaux: Les services de garde peuvent-ils faire une différence? [Development of children living in conditions of psychosocial risk: Could child care services make a difference?]. Revue de Psychoéducation. 2008;37(1):1-25.*
21. *Les effets des services de garde sur le développement des enfants: Naître et grandir; 2019 [Available from: https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/garderie/fiche.aspx?doc=bg-naitre-grandir-effet-garderie-developpement.*
22. *Japel C, al. Les maternelles 4 ans : la qualité de l'environnement éducatif et son apport à la préparation à l'école chez les enfants en milieux défavorisés. Montréal: Fonds de recherche Société et culture Québec, Université du Québec à Montréal; 2017.*
23. *Programme Agir Tôt: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des programmes dédiées aux personnes, aux familles et aux communautés; 2019.*

24. *Miller Llana S. Reading, writing and empathy: How Denmark is a leader in teaching social skills: CS Monitor; 2017 [Available from: https://www.csmonitor.com/World/Europe/2017/0915/Reading-writing-and-empathy-How-Denmark-is-a-leader-in-teaching-social-skills.*

25. *Éducation à la sexualité: Gouvernement du Québec, Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur; 2020 [Available from: http://www.education.gouv.qc.ca/parents-et-tuteurs/education-a-la-sexualite/.*

26. *Du Mays D.; Bordeleau M. Les activités sédentaires chez les jeunes qui les pratique et quelle en est l'évolution depuis 2007? Zoom Santé. Avril 2015(50):1-8.*

27. *Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML, Martin GN. Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. Clinical Psychological Science. 2018;6(1):3-17.*

28. *Boers E, Afzali MH, Newton N, Conrod P. Association of Screen Time and Depression in Adolescence. JAMA pediatrics. 2019;173(9):853-9.*

29. *Viner RM, Gireesh A, Stiglic N, Hudson LD, Goddings AL, Ward JL, et al. Roles of cyberbullying, sleep, and physical activity in mediating the effects of social media use on mental health and wellbeing among young people in England: a secondary analysis of longitudinal data. The Lancet Child & adolescent health. 2019;3(10): 685-96.*

30. *Aire ouverte : services pour les jeunes de 12 à 25 ans: Gouvernement du Québec; 2020 [Available from: https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/aire-ouverte/.*

31. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux 2005.*

32. *AMPQ. Plan d'action pour les services psychiatriques. 2015.*

33. *Lavigne G, Lévesque M, Comeau C. Niveaux de soins et de services dans le continuum santé mentale jeunesse à l'intention des équipes jeunesse, des médecins et des gestionnaires; Document de travail. 2019.*

34. *Gignac M, al. Amélioration de la trajectoire en santé mentale jeunesse 0-25 ans Région de Montréal.*

35. *Gignac M. Communication personnelle.*

36. *Indicateurs de la santé mentale pour le Canada: Commission de la santé mentale du Canada; 2015 [Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/indicateurs-de-la-sante-mentale-pour-le-canada.*

37. *APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®), Fifth Edition: American Psychiatric Association Publishing; 2013. 991 p.*

38. *Cadre de référence Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018.*

39. *Rodgaard EM, Jensen K, Vergnes JN, Soulieres I, Mottron L. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis. JAMA psychiatry. 2019.*

40. *Devenir sentinelle: Association québecoise de prévention du suicide; 2013 [Available from: https://www.aqps.info/aider/devenir-sentinelle.html.*

41. *Établissements de santé et de services sociaux: Gouvernement du Québec; 2020 [Available from: https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/.*

42. *CMQ, OPQ. Les troubles du spectre de l'autisme - Évaluation clinique. 2012.*

43. *Pédiatrie du développement: Société canadienne de pédiatrie; 2019 [Available from: https://www.cps.ca/fr/sections/developpement-pediatrie.*

44. *Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ): Gouvernement du Québec; 2018 [Available from: https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/directeur-de-la-protection-de-la-jeunesse-dpj/.*

45. *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM): Gouvernement du Québec 2020 [Available from: https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/.*

46. *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. AACAP. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998;37(10 Suppl):63S-83S.*

47. *Centres de crise: Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec; [Available from: https://www.centredecrise.ca/lescentres.*

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

www.ampq.org

ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC