



## Panier de services et trajectoires de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Québec

Développé et présenté par :

### Comité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

Dre Annie Loiseau, présidente (CISSS du Bas-Saint-Laurent, Hôpital régional de Rimouski)

Dre Pascale Grégoire, (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies)

Dr Martin Gignac, (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel)

Dre Nathalie Gingras, (CIUSSS de la Capitale-Nationale, CHU - Centre de pédopsychiatrie - Résidence du Sacré-Cœur)

Dre Rachel Swenor, (CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Centre de services ambulatoires en santé mentale de Trois-Rivières)

### 1. Contexte

Depuis mars 2020, le monde entier vit une crise sanitaire sans précédent dans notre histoire moderne. La pandémie de COVID-19 est venue bouleverser tout le fonctionnement sociétal tel que nous le connaissons, entraînant de lourds impacts sur la santé physique, psychologique, mentale et économique pour ne nommer que ceux-là.

Déjà avant la venue de la COVID-19, la détresse chez les jeunes était en augmentation<sup>1</sup>, tout comme les demandes de services de santé mentale jeunesse et les prescriptions de psychotropes chez cette clientèle<sup>2</sup>. Depuis la pandémie, cette détresse ne fait que s'accroître<sup>3</sup>, les demandes de services en santé mentale explosent, la pression devient accrue sur tous les systèmes offrant des services aux jeunes.

Parallèlement à ce phénomène, la pénurie de main d'œuvre se fait sentir dans le milieu de la santé, des services sociaux et de l'éducation. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'y échappe pas, avec un nombre de pédopsychiatres nettement insuffisant pour combler les postes en place dans la province. Certaines régions sont beaucoup plus dépourvues que d'autres, n'ayant à peu près pas d'offre de services en psychiatrie pour la population mineure. De moins en moins de résidents choisissent cette surspécialité – à titre indicatif, seulement cinq postes en résidence sur 14 ont trouvé preneur pour l'année 2022 – et plusieurs psychiatres pour enfants et adolescents font le choix de quitter le système public pour s'installer en cabinet

---

<sup>1</sup> Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017*. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t2.pdf>

<sup>2</sup> Données de la RAMQ reprises par Radio-Canada, *De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/769336/antidepresseursantipsychotiques-jeunes-12-18-ans-hausse-ordonnance>

<sup>3</sup> Nouvelles FMSS (9 février 2022). *Une nouvelle enquête de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS confirme l'urgence d'agir maintenant*. <https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/sante/details/46968>

ou de tout simplement quitter la pratique médicale. Il importe aussi de nommer que la pénurie de personnel soignant et de professionnels entraîne une perte de compétences pour travailler auprès de la clientèle jeunesse.

Il devient donc urgent de trouver des solutions pérennes pour répondre à la demande grandissante en santé mentale jeunesse en tenant compte des ressources qui sont limitées. L'organisation des soins est à revoir. Le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent dans ce système de soins est à mieux définir. Ce rôle est actuellement souvent flou pour les partenaires des autres professions et pour l'ensemble du système.

En septembre 2019, l'AMPQ a fait un exercice de planification stratégique. Il ressortait notamment, parmi les grandes orientations, l'importance d'accroître les ressources et le financement dédiés à la santé mentale, d'accroître la confiance du public à l'égard de la profession de psychiatre, d'accroître le leadership collaboratif des psychiatres et de réduire la détresse en amont de la demande de soins en santé mentale.

Dans ce contexte, l'AMPQ a confié à son comité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent le mandat de définir le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent dans le réseau de la santé et hors établissement, soit plus précisément de définir le panier de services à l'intérieur de trajectoires de soins fonctionnelles et redéfinir le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent dans une perspective de collaboration interdisciplinaire; déterminer les effectifs et ressources requises pour favoriser l'accès; prioriser la clientèle à haut risque de maladie psychiatrique et les requis de services pour cette clientèle; apporter des propositions pour améliorer les conditions de pratique des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent et ainsi favoriser la santé des soignants.

Le présent document vise donc à répondre à ce mandat. Pour orienter ses réflexions et recommandations, le comité a envoyé un sondage à tous les psychiatres du Québec sur leur perception de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et leur niveau de confort avec la clientèle jeunesse, sondage auquel 258 psychiatres ont répondu<sup>4</sup>. De plus, le comité est allé à la rencontre de plusieurs psychiatres de l'enfant et de l'adolescent pratiquant en cabinet pour connaître leur offre de services et les raisons les ayant poussés à travailler en cabinet.

## **2. Objectifs**

L'objectif général est de définir le panier de services en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Québec.

### **2.1 Stratégies retenues**

- Expliquer en quoi la surspécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est essentielle pour offrir des soins de qualité à la population jeunesse du Québec
- Délimiter les champs d'action des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent.
- Délimiter les balises de requis de services en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Délimiter les balises pour organiser le transfert de connaissances aux psychiatres généralistes
- Donner des propositions pour mieux outiller les pédiatres et omnipraticiens en santé mentale jeunesse.

### **2.2 Principes directeurs**

- Le psychiatre de l'enfant et de l'adolescent doit pouvoir exercer sa profession dans une trajectoire de soins fonctionnelle bien définie et structurée, connue de tous.
- Les soins en santé mentale jeunesse doivent être accessibles peu importe la situation géographique, dans des délais acceptables.

---

<sup>4</sup> Voir annexe 1

- Les enfants et adolescents doivent pouvoir compter sur des soins en santé mentale de qualité partout au Québec.

### 3. Composantes

#### 3.1 Définir le panier de services des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (le *quoi*)

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une surspécialité de la psychiatrie qui s'intéresse, dans une approche biopsychosociale, à l'étiologie, à l'évaluation, au diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles développementaux, émotionnels, comportementaux et d'autres troubles de santé mentale qui se présentent, seuls ou en concomitance avec d'autres problèmes médicaux, de la naissance à l'adolescence<sup>5</sup>.

Les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doivent s'inscrire dans une organisation fonctionnelle avec une structure suprarégionale, régionale et locale avec un lien entre ces diverses parties.

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 implique plusieurs intervenants la majorité du temps. 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. Les équipes de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent travaillent également en collaboration avec les services de proximité et de réadaptation (entre autres neurodéveloppementaux, protection de l'enfance et toxicomanie) notamment par l'intermédiaire du médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP)<sup>6</sup>.

À titre indicatif, voici quelques exemples de conditions de santé mentale traitées dans les services spécialisés<sup>7</sup>:

- Trouble anxieux modéré-sévère
- Trouble obsessionnel-compulsif et syndromes apparentés modéré-sévère
- Trouble dépressif caractérisé modéré à sévère
- Maladie affective bipolaire
- Trouble psychotique

---

<sup>5</sup> Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Définitions*.

[https://rclogin.royalcollege.ca/webcenter/portal/rcdirectory\\_fr/specialty-definitions](https://rclogin.royalcollege.ca/webcenter/portal/rcdirectory_fr/specialty-definitions)

<sup>6</sup> Gignac M, al. Amélioration de la trajectoire en santé mentale jeunesse 0-25 ans, Région de Montréal.

<sup>7</sup> 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.

- Trouble alimentaire modéré-sévère
- État de stress post-traumatique modéré-sévère
- TDAH complexe ou comorbide
- Syndrome de Gilles de la Tourette complexe ou comorbide

Dans certains cas particuliers, en partenariat avec les services de réadaptation ou les services psycho-sociaux :

- Trouble du spectre de l'autisme complexe ou avec comorbidités psychiatriques
- Trouble de comportement avec comorbidités psychiatriques
- Trouble lié à l'utilisation de substances associé avec comorbidités psychiatriques
- Idées suicidaires avec risque de passage à l'acte où une précision diagnostique est nécessaire

Les services surspécialisés (suprarégionaux) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doivent être reconnus par le RUISSS/regroupement 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 d'un professionnel de la santé mentale en services spécialisés est nécessaire pour y accéder selon des critères établis. 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 et résistance au traitement spécialisé. 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<sup>8</sup>.

À titre indicatif, voici quelques exemples de conditions 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.
- Paraphilies

### **3.2 Définir les trajectoires de soins et l'offre de services en soins spécifiques, spécialisés et surspécialisés en santé mentale jeunesse, avec un focus particulier sur le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent (le *comment*)**

---

<sup>8</sup> Gignac M, al. *Amélioration de la trajectoire en santé mentale jeunesse 0-25 ans*, Région de Montréal.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada positionne la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comme « surspécialité médicale en psychiatrie<sup>9</sup> ». Le Collège royal définit une surspécialité comme « une branche de la médecine ayant un champ de pratique plus ciblé ou plus avancé qui s'ajoute aux connaissances plus vastes enseignées dans une spécialité primaire<sup>10</sup> ». Malgré ceci, le statut de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent demeure ambigu au Québec, se retrouvant souvent à la croisée des chemins entre une spécialité de base et une surspécialité. Pourtant, dans le sondage envoyé par le comité aux membres de l'AMPQ, 75% des répondants disaient considérer cette discipline comme une surspécialité. Le comité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'AMPQ partage également cet avis.

Actuellement, il sévit au Québec une pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent. Selon les données du MSSS<sup>11</sup>, sur 236 postes disponibles dans le réseau (PEM), 181 sont comblés et 58 sont vacants. Considérant que seulement six résidents seront formés (sur une possibilité de 20) en 2022-2024 et les éventuels départs à la retraite, la pénurie est loin de se résorber.

Dans ce contexte de pénurie et dans l'optique que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une surspécialité, le comité suggère que les PEM en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent puissent être répartis dans certaines régions stratégiques désignées. Le comité propose que, pour les régions qui n'auront pas facilement accès à un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, la clientèle d'âge mineur soit prise en charge par les psychiatres généralistes, pédiatres et omnipraticiens (selon les conditions), avec soutien des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent de leur RUISSS/regroupement au besoin, en utilisant notamment la télémédecine, qui est souvent sous-utilisée. Dans les situations de cas plus complexes nécessitant l'expertise d'un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, les patients pourraient y être référés en respectant les corridors de services des RUISSS/regroupements. Il faut sortir du modèle actuel où un grand nombre de jeunes avec un problème de comportement, de développement, psycho-social ou de santé mentale sont dirigés vers les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Afin que les psychiatres généralistes, pédiatres et omnipraticiens soient à l'aise de prendre en charge la clientèle jeunesse, il faut prévoir l'exposition durant la formation et prévoir le maintien des connaissances et compétences par la suite. Il faut inclure de façon plus large la pratique de l'interdisciplinarité et des formations pour l'actualiser. Pour ceux qui sont déjà en pratique, il faut être en mesure de prévoir un mécanisme de transfert de connaissances. Par exemple, cela pourrait prendre la forme de stage avec un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, de communautés de pratique, de congrès de mise à niveau, de formations, de discussions de cas avec un pédopsychiatre répondant, soit via la consultation téléphonique ou via le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP).

Ce transfert de connaissances est d'autant plus important considérant que parmi les 171 répondants au sondage qui ne s'identifiaient pas comme psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, 97% se disaient peu ou très peu confortables avec la clientèle 0-5 ans et cette proportion tombait à 93% pour la clientèle 6-12 ans, 76% pour les 12-15 ans et 34% pour les 16-18 ans. En ce qui concerne les conditions fréquemment rencontrées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, plusieurs répondants psychiatres généralistes se disaient peu ou très peu confortables : 81% pour le trouble du spectre de l'autisme, 78% pour le syndrome de Gilles de la Tourette, 54% pour le TDAH et la maladie affective bipolaire, 49% pour les troubles de

---

<sup>9</sup> Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Définitions*.

[https://rclogin.royalcollege.ca/webcenter/portal/rcdirectory\\_fr/specialty-definitions](https://rclogin.royalcollege.ca/webcenter/portal/rcdirectory_fr/specialty-definitions)

<sup>10</sup> Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Catégories de reconnaissance de disciplines*.

<https://www.royalcollege.ca/rcsite/specialty-discipline-recognition/categories-discipline-recognition-f>

<sup>11</sup> MSSS. *Plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité*.

[https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes\\_specialites\\_2022-06-02.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/prem/medecine-specialisee/toutes_specialites_2022-06-02.pdf)

personnalité, 46% pour les troubles psychotiques et le trouble dépressif caractérisé et 43% pour les troubles anxieux.

Un travail d'éducation auprès de la profession médicale concernant le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent de même que sur les trajectoires de soins optimales pour la clientèle jeunesse serait à faire. En effet, parmi les 171 psychiatres sondés qui ne pratiquent pas auprès de la clientèle jeunesse, 56% pensent que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent sont les mieux placés pour évaluer et traiter le TDAH, alors que cette condition peut très bien être évaluée et/ou traitée par les médecins de famille, pédiatres, psychologues et neuropsychologues. De la même façon, 57% pensent que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent sont les mieux placés pour évaluer les troubles du spectre de l'autisme, alors que cette condition neurodéveloppementale peut être évaluée par les pédiatres du développement, les psychologues et les neuropsychologues. Dans l'esprit de l'interdisciplinarité, une ouverture de la connaissance de l'expertise de chacun des professionnels est nécessaire à la mise en place de trajectoire optimisée de soins centrés sur le patient.

Dans les dernières années, plusieurs psychiatres et psychiatres de l'enfant et de l'adolescent ont pris la décision, pour des raisons diverses, de quitter le réseau hospitalier et installer leur pratique en cabinet. Considérant la pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent et la demande croissante pour les services de cette surspécialité, il apparaît judicieux d'établir des partenariats avec les psychiatres en cabinet pour répondre à la demande, par exemple, de pouvoir les impliquer dans les activités de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP)<sup>12</sup> ou de les inclure dans les trajectoires de soins pour certaines situations, tels les TSA ou les TDAH/troubles scolaires. En effet, plusieurs cabinets offrent exclusivement des services d'évaluation en TSA ou des services d'évaluation et de traitement pour la clientèle avec un trouble neurodéveloppemental.

Par ailleurs, le MSSS et la FMOQ ont conclu récemment une entente pour améliorer l'accès à la première ligne. Le Dr Marc-André Amyot, président de la FMOQ, a souligné : « il est temps de faire les choses différemment au Québec, notamment en partageant la responsabilité collective de l'accès aux soins avec d'autres professionnels de la santé et en investissant massivement dans notre première ligne de soins<sup>13</sup> ». Considérant cette nouvelle réalité, le comité considère qu'il faudrait revoir le modèle de référence en psychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et ajuster la rémunération en conséquence, en permettant à d'autres professionnels que les médecins de pouvoir y référer des patients. Habituellement, les références en psychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent passent par un guichet unique. Le fonctionnement de ce guichet serait aussi à revoir afin de simplifier la procédure de référence. Par exemple, un jeune présentant un problème X pourrait être référé par un médecin ou un autre professionnel à un seul endroit unique, guichet qui déciderait par la suite quels services conviendraient le mieux à la situation, que ce soit un service psycho-social, une évaluation en pédiatrie, en psychiatrie ou en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Afin de rendre le processus d'évaluation efficace, un premier recueil de données pourrait se faire de façon informatisée, évitant ainsi au jeune et à sa famille de devoir se répéter plusieurs fois. Cette façon de faire est

---

<sup>12</sup> 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. »

<sup>13</sup> Propos du Dr Amyot rapportés par Radio-Canada : *Québec s'entend avec les médecins omnipraticiens*, 1<sup>er</sup> mai 2022, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1880203/entente-quebec-medecins-famille-acces>

déjà mise en place dans certains cabinets (par exemple, à la clinique CEVAM) et il serait intéressant de s'en inspirer.

### 3.3 Déterminer les effectifs et ressources requises pour favoriser l'accès

Tel que mentionné dans le *Plan d'action pour les soins psychiatriques – jeunesse*<sup>14</sup>, 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 de la toxicomanie de la région<sup>15</sup>. Des infirmiers praticiens en santé mentale peuvent également être mis à contribution dans certaines équipes, par exemple dans les équipes de premier épisode psychotique (PEP) pour la prise en charge, l'ajustement de médication, l'ordonnance d'examen de laboratoires ou en support aux infirmières cliniciennes à la DPJ.

L'accès à une équipe interdisciplinaire qualifiée est crucial afin que le psychiatre de l'enfant et de l'adolescent puisse bien accomplir son travail, au même titre qu'un chirurgien doit avoir accès à son plateau technique (temps opératoire, salle d'opération, instruments et personnel qualifié) pour pouvoir opérer ses patients. D'ailleurs, plus de 90% des psychiatres sondés ont nommé l'accès à une équipe interdisciplinaire complète comme facteur pouvant favoriser l'attractivité de la profession de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent.

De plus, dans les établissements de santé et de service sociaux, le support clérical est plus souvent qu'autrement loin d'être optimal. Par exemple, plusieurs professionnels n'ont pas accès à un système de dictée centrale et doivent consigner leurs notes de façon manuelle, les privant ainsi d'un temps précieux pour intervenir auprès de la clientèle. Qui plus est, les délais de transcription sont souvent très longs, ce qui nuit au travail clinique et entraîne des délais pour plusieurs services (par exemple, une référence tarde à être acheminée parce qu'une note non transcrite essentielle à la référence n'est pas disponible). Autre exemple : beaucoup de rendez-vous sont manqués par les patients, alors que le taux d'assiduité pourrait être grandement amélioré avec un secrétariat qui fait des confirmations de rendez-vous dans les 24-48 heures précédent. Il est donc impératif d'améliorer le support clérical et accélérer la mise en place du dossier électronique en établissement pour optimiser l'efficacité des services rendus aux jeunes.

Dans les dernières années, beaucoup de ressources financières et humaines ont été investies en prévention et dans les services de proximité généraux et spécifiques (première ligne)<sup>16</sup>, ce qui est louable. Toutefois, bien peu de ressources ont été octroyés aux services spécialisés (deuxième ligne). Il s'agit d'un enjeu d'une importance capitale auquel il faudra s'attaquer pour améliorer l'accès aux services spécialisés à la population et attirer ou retenir les psychiatres et psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent dans le système public hospitalier. Bien que la prévention aide énormément à réduire le besoin de services spécialisés en psychiatrie

---

<sup>14</sup> Disponible à l'adresse suivante : <https://ampq.org/document-plan-daction-soins-psychiatriques-jeunesse/>

<sup>15</sup> Indicateurs de la santé mentale pour le Canada: Commission de la santé mentale du Canada. 2015. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Tracer-la-voie-de-lavenir-Indicateurs-de-la-sante-mentale-pour-le-Canada.pdf>

<sup>16</sup> Voir à cet effet le dernier *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif* accessible à l'adresse suivante : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>

jeunesse, il n'en reste pas moins que ce besoin demeure présent pour un nombre grandissant de jeunes et il faut prévoir les équipes en conséquence et favoriser leur rétention par des conditions de travail attrayantes (salariales et matérielles).

Bien entendu, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent travaille en collaboration avec l'ensemble des services jeunesse, tels la DPJ, les services de proximité (CLSC), les écoles, les services de crise, les services communautaires et les services de réadaptation (CRDI-CRDP). Il est donc important, tel que déjà recommandé dans le *Plan d'action pour les soins psychiatriques – jeunesse*, de pourvoir suffisamment ces différents paliers de services afin de s'assurer d'une offre optimale adaptée aux besoins des jeunes.

Compte tenu que plusieurs situations de crise de nature psycho-sociales sont actuellement référées en psychiatrie dans les urgences du Québec, le comité propose d'uniformiser l'approche en intervention de crise en milieu hospitalier (urgence) pour les jeunes de moins de 18 ans en créant une équipe de crise composée d'un ou une infirmière clinicienne en santé mentale jeunesse et d'un ou une intervenante en service social. Cette équipe évaluerait la demande dès le triage. Après évaluation, il devra y avoir discussion de l'équipe de crise avec le médecin de l'urgence afin d'orienter la demande : référence en services spécifiques (CLSC), référence à une équipe de crise (par exemple CAFE), signalement à la DPJ ou consultation en psychiatrie soit en ambulatoire ou soit en urgence en vue d'une admission. Ce modèle existe au CHEO à Ottawa et favorise une prise en charge plus rapide, un meilleur arrimage avec les équipes spécifiques dans la communauté et une diminution des consultations spécialisées.

De plus, la couverture des urgences pour les patients de moins de 18 ans n'est pas uniforme dans le réseau. Dans certains centres urbains, une garde spécifique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'organise avec les membres du département ou service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, alors que pour d'autres milieux en nombre insuffisant de PEA, la garde est assurée par tous les membres du département de psychiatrie. La situation des PEA au Québec étant précaire au niveau des effectifs actuels et à venir, il est impossible de répondre à tous les besoins des enfants et des adolescents. Il est donc primordial d'implanter des modèles de prise en charge des jeunes en crise à l'urgence qui favorisent la collaboration interdisciplinaire incluant les pédiatres, psychiatres et médecins de famille. Une couverture de garde qui inclurait une équipe de crise permettrait d'implanter un modèle de garde propre à chaque région. Cette approche permettrait d'orienter les usagers vers les bons services et réduirait la pression sur les équipes médicales.

Les soins d'hospitalisation en pédopsychiatrie tendent à être concentrés dans les milieux urbains au Québec. Il est peu réaliste d'envisager offrir dans chaque région du Québec un service d'hospitalisation étant donné la rareté des ressources professionnelles et médicales dans ce domaine. Cela dit, la distribution des unités d'hospitalisation rend l'accès complexe pour les jeunes qui proviennent de régions intermédiaires ou éloignées : plusieurs doivent parcourir des centaines de kilomètres pour avoir accès au traitement dont ils ont besoin. Ce déracinement, loin du milieu familial, limite les interventions systémiques pour ces jeunes. Il est donc important de réserver ce type de soins à des cas sévères nécessitant une expertise spécialisée. Une réflexion sur l'offre de services hospitaliers, incluant des services intensifs dans le milieu en alternative à l'hospitalisation en pédopsychiatrie, devrait s'arrimer aux réflexions sur les trajectoires de soins, dont un des principes repose sur des soins de proximité avec appui des centres spécialisés.

La majorité des unités hospitalières en pédopsychiatrie ont une vocation générale. Les raisons qui mènent à une admission sont souvent un trouble d'adaptation sévère, un épisode dépressif sévère, un trouble anxieux sévère, un épisode psychotique, un épisode maniaque ou un autre trouble psychiatrique décompensé. L'hospitalisation vise habituellement deux objectifs soit : (1) évaluation et précision diagnostic et (2) début d'intervention/stabilisation. Il existe des critères d'hospitalisation pour certaines pathologies (par exemple, trouble alimentaire) qui peuvent guider dans la décision d'hospitaliser ou non.



Une crise suicidaire génère souvent une hospitalisation, mais n'est pas toujours associée à une pathologie psychiatrique. Il nous apparaît important, afin d'assurer que les unités d'hospitalisation demeurent disponibles pour les jeunes des régions desservies, que ces crises suicidaires d'origine psycho-sociale soient prises en charge par des modalités d'intervention autres comme les centres de crise et équipes de crise. Ce type d'intervention devrait être disponible dans toutes les régions du Québec et facilement accessible.

Les équipes en place varient considérablement d'une unité à une autre. Le modèle à préconiser devrait reposer sur un ratio infirmière : patient de 1 : 6. Ce ratio devrait être ajusté à la hausse si les infirmières agissent comme gestionnaires de cas au centre des interventions en milieu hospitalier, ce qui est un modèle intéressant à envisager et déjà utilisé dans certaines unités d'hospitalisation. Dans ce modèle, les autres professionnels se rapportent au gestionnaire de cas qui coordonne et collige l'ensemble des informations en provenance des professionnels rattachés à l'unité d'hospitalisation. Le personnel dédié aux unités de psychiatrie devrait détenir les compétences requises pour travailler auprès de cette clientèle et devrait être stable pour pouvoir assurer des interventions thérapeutiques efficaces auprès des jeunes. Le nombre de lits dans une unité d'hospitalisation est déterminé au prorata de la population générale (2 lits de pédopsychiatres pour 100 000 de population générale). Pour les unités avec mandat suprarégional, le nombre de lits devrait être ajusté à la hausse. Pour les unités dites régulières, les normes de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prévoient un ratio de 1 pédopsychiatre : 10 lits et ce ratio est ajusté à 1 : 5 pour les lits intensifs.

Idéalement, toutes les unités d'hospitalisation devraient comprendre des psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés/psychoéducateur, professeurs et avoir accès à des évaluations/interventions en ergothérapie, neuropsychologie, orthophonie, nutritionniste au besoin.

Certains milieux surspécialisés offrent des unités hospitalières à vocation spécifique : troubles alimentaires, troubles neurodéveloppementaux, unité médico-légale. Ces milieux devraient idéalement être reconnus par le ministère pour leur caractère suprarégional et les effectifs médicaux (PEM) devraient être calculés en surplus des besoins populationnels.

Tel que mentionné précédemment, certaines régions n'ont pas assez de lits pour créer une unité d'hospitalisation. Ces régions n'ont souvent pas assez d'effectifs et ne couvrent pas assez de patients pour justifier la création d'une telle unité.

Plusieurs options peuvent s'offrir aux jeunes de ces régions avec des besoins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le plus possible, le jeune sera traité à la clinique externe, quitte à intensifier le suivi. Si la situation du jeune requiert impérativement un traitement à l'interne (trouble alimentaire instable ou avec échec du traitement en interne, trouble psychotique décompensé ou désorganisé, risque suicidaire imminent), il peut alors être hospitalisé soit sur l'unité de pédiatrie, soit sur l'unité de psychiatrie adulte (idéalement, le jeune doit être âgé de 16 ans et plus). La durée de séjour sera réduite au minimum, puisque peu d'interventions autres que d'assurer la protection du jeune pourront être offertes, le personnel infirmier n'étant pas suffisamment formé pour traiter les problèmes psychiatriques chez les enfants et adolescents. Si la situation du jeune requiert des soins psychiatriques internes plus poussés auxquels l'unité de pédiatrie ou de psychiatrie adulte de la région ne peuvent répondre (par exemple, une patiente avec un trouble alimentaire sévère qui refuse de s'alimenter sur l'unité de pédiatrie, un patient au tableau très complexe nécessitant une observation et une expertise plus poussée), il devra alors être transféré à l'unité interne de pédopsychiatrie de son RUISSS/regroupement. Cette dernière option est utilisée de façon exceptionnelle, compte tenu de la distance physique entre le milieu naturel du jeune et l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie. Il est de la responsabilité des établissements d'assurer les soins d'hospitalisation aux moins de 18 ans et la trajectoire doit être clairement définie et connue de tous.

Alors que certaines situations requièrent une hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, d'autres situations peuvent être gérées autrement. Hospitaliser un enfant ou un adolescent en psychiatrie comporte plusieurs inconvénients. Le jeune se retrouve déraciné de sa famille et de son école. Il peut être difficile de travailler avec lui lorsqu'il se retrouve dans un milieu non naturel et qu'il doit retourner dans son milieu naturel par la suite. De plus, la clientèle jeunesse est une clientèle à fort risque de régression lorsqu'hospitalisée, ce qui nuit au travail de rétablissement. Finalement, il est pertinent de rappeler que les enfants et adolescents constituent une clientèle vulnérable, influençable et souvent en recherche identitaire. Il n'est donc pas rare de voir des jeunes se contaminer entre eux (par exemple, des patientes avec trouble alimentaire s'échangent des trucs pour résister au cadre ou se compétitionnent entre elles pour savoir laquelle réussira à ne pas prendre de poids malgré l'hospitalisation) et ainsi exacerber leur problème, lorsqu'ils sont hospitalisés. Pour toutes ces raisons, bien que l'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent puisse être la seule option possible dans certains cas et continuera toujours d'avoir sa place dans le panier de services offerts aux jeunes, il faut envisager des alternatives à l'hospitalisation lorsque possible.

Il existe plusieurs alternatives à l'hospitalisation en pédopsychiatrie, certaines accessibles pour toutes les régions du Québec, d'autres davantage accessibles dans les régions urbaines. À moins d'une dangerosité immédiate ou d'une incapacité à fonctionner en raison d'un problème psychiatrique, toutes les situations peuvent être gérées en clinique externe. Certaines situations (par exemple, un trouble anxieux sévère décompensé ou un trouble alimentaire) nécessiteront un suivi interdisciplinaire plus étroit, par exemple, hebdomadaires. Il doit y avoir une disponibilité de l'équipe interdisciplinaire et des PEA travaillant en clinique externe pour organiser ce genre de suivi au besoin. Pour les situations de crise, il existe déjà les services CAFE, qui ne sont pas implantés de façon uniforme partout au Québec. Le comité recommande donc que ces services soient uniformisés dans la province, et rapidement disponibles au besoin.

Dans certains centres urbains, il existe des services d'hospitalisation à domicile pour les patients adultes, avec des équipes mobiles qui visitent quotidiennement le patient à domicile pour la durée de son hospitalisation. Il serait souhaitable que de tels services soient disponibles pour la clientèle jeunesse, en alternative à l'hospitalisation en établissement.

Certains établissements offrent également un service d'hôpital de jour, où le jeune passe la journée à l'hôpital pour une durée de séjour prescrite et retourne à domicile le soir. Durant sa journée à l'hôpital, le jeune bénéficie de thérapie individuelle, de thérapie de groupe et de milieuthérapie.

Lorsqu'indiqué, les résidences à assistance continue (RAC) du CRDI devraient également être accessibles pour les jeunes qui en ont de besoin, de façon à désengorger les hôpitaux.

### **3.4 Tenir compte des données probantes pour structurer l'offre de soins à la clientèle jeunesse**

Le comité considère important que les soins offerts à la clientèle jeunesse soient structurés selon les données probantes. Les services d'interventions doivent être systématisés et la formation et les compétences des intervenants doivent être rehaussés. Actuellement, l'expertise est très variable, et ce, à tous les paliers de services. Il y a très peu de formation offerte aux divers professionnels qui prodiguent des services sociaux ou des soins de santé mentale aux jeunes.

Plusieurs modèles d'évaluation ou de soins basés sur des données probantes ont été nationalisés, par exemple *Agir tôt*, les services de crise CAFE (Crise Ado-Famille-Enfance) ou les cliniques de premier épisode psychotique (PEP).

### **3.5 Propositions pour améliorer les conditions de pratique des psychiatres de l'enfant et de l'adolescent**

Considérant la pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, il faut des propositions innovantes pour favoriser l'attractivité de cette profession.

Tel que mentionné précédemment, la proposition la plus importante à mettre en place rapidement est l'accès à une équipe interdisciplinaire complète. Les membres de cette équipe devraient être formés et compétents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'employeur doit s'engager à encadrer et assurer le maintien des compétences. L'accès à cette équipe améliorerait grandement les conditions de pratique, mais d'autres interventions sont également nécessaires, par exemple, pourvoir suffisamment les autres paliers de services aux jeunes. 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. Ces propositions sont celles qui revenaient le plus parmi les psychiatres sondés par le comité.

Dans une moindre mesure, une optimisation de la rémunération afin qu'elle reflète la formation du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent aiderait à attirer plus de résidents vers cette spécialité. En effet, dans le modèle actuel, l'année de formation supplémentaire ne se reflète pas dans la rémunération, qui est en moyenne moindre que celle des psychiatres généralistes. Le comité recommande donc une valorisation des actes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

La lourdeur de la formation est un autre facteur qui revenait souvent dans les propositions de psychiatres sondés. Plusieurs soulevaient le point que le fait de devoir faire une année supplémentaire et un examen du Collège Royal pouvait avoir un effet dissuasif. Dans la mesure où le comité considère la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comme une surspécialité, il est recommandé que la formation surspécialisée soit maintenue, mais que le statut de surspécialité soit reconnu dans la pratique clinique (évaluation et prise en charge de cas complexes, en appui aux collègues psychiatres généralistes et pédiatres), dans la distribution des PEM et dans la rémunération. De plus, il serait souhaitable que cette année supplémentaire de formation soit reconnue comme suffisante pour travailler en milieu universitaire, plutôt que d'exiger une septième année de formation.

La pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent se fait beaucoup plus sentir dans les régions intermédiaires et éloignées que dans les centres universitaires et régions périphériques. Pour attirer davantage de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent dans ces milieux sans concentrer tous les effectifs dans les grands centres, le comité propose qu'il puisse être permis qu'un PEM en région intermédiaire ou éloignée soit partagé entre deux psychiatres s'ils le désirent. Cela permettrait d'apporter un peu plus de flexibilité aux conditions de pratique et pourrait représenter un attrait de plus à aller pratiquer en région, au-delà de la rémunération différenciée qui ne parvient pas à elle seule à régler le problème.

# Annexes

## Annexe 1 – Sondage envoyé aux membres de l'AMPQ

1. Depuis combien de temps pratiquez-vous ?
  - a. 0-5 ans
  - b. 6-10 ans
  - c. 11-20 ans
  - d. 21 ans et plus
  
2. Dans quel type de région pratiquez-vous ?
  - a. Principalement en région universitaire
  - b. Principalement en région périphérique (par exemple : Laurentides, Lanaudière, Montérégie)
  - c. Principalement en région intermédiaire (par exemple : Mauricie-Centre du Québec)
  - d. Principalement en région éloignée
  - e. Autre (précisez)
  
3. Quel type de clientèle traitez-vous (plus d'une réponse possible) ?
  - a. Enfants 0-5 ans
  - b. Enfants 6-12 ans
  - c. Adolescents 13-18 ans
  - d. Adultes (19-64 ans)
  - e. Aînés (65 ans et plus)
  
4. Dans quel type de milieu pratiquez-vous (plus d'une réponse possible) ?
  - a. Milieu hospitalier
  - b. Cabinet
  - c. Autre (précisez)
  
5. Vous identifiez-vous comme psychiatre de l'enfant de l'enfant et de l'adolescent ?
  - a. Oui
  - b. Non
  
6. Si oui, précisez (plus d'une réponse possible):
  - a. J'ai fait l'examen du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
  - b. J'ai fait la formation de 2 ans et l'examen du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
  - c. Je suis un membre fondateur de la surspécialité
  - d. J'ai la reconnaissance du Collèges des Médecins du Québec
  - e. Autre (précisez)
  
7. Avez-vous accès à une équipe de professionnels ?
  - a. Oui
  - b. Non
  
8. Si oui, quels types de professionnels (plus d'une réponse possible) ?
  - a. Psychologues
  - b. Neuropsychologues
  - c. Psycho-éducateurs/trices
  - d. Infirmier/ère
  - e. Travailleur(se) social(e)
  - f. Autre (précisez)

9. Quel est votre niveau de confort avec l'évaluation et le suivi de chacune des clientèles suivantes (très peu confortable, peu confortable, assez confortable, très confortable) ?
- 0-5 ans
  - 6-12 ans
  - 12-15 ans
  - 16-18 ans
  - 18-25 ans
10. Quel est votre niveau de confort avec le suivi de chacune des conditions suivantes chez les enfants et adolescents ?
- TDAH
  - Syndrome de Gilles de la Tourette
  - Trouble dépressif caractérisé
  - Maladie affective bipolaire
  - Troubles psychotiques
  - Troubles anxieux
  - Trouble du spectre de l'autisme
  - Troubles de personnalité
11. Selon vous, quelles sont, dans l'ordre, les spécialités les mieux placées pour l'évaluation et le suivi du TDAH chez les enfants et les adolescents (plus d'une réponse possible) ?
- Médecins de famille (spécifiez ordre)
  - Pédiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Psychiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (spécifiez ordre)
  - Psychologues/Neuropsychologues (spécifiez ordre)
12. Selon vous, quelles sont, dans l'ordre, les spécialités les mieux placées pour l'évaluation et le suivi du trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents (plus d'une réponse possible) ?
- Pédiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Pédiatres du développement (spécifiez ordre)
  - Psychiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (spécifiez ordre)
  - Psychologues/Neuropsychologues (spécifiez ordre)
13. Selon vous, quelles sont, dans l'ordre, les spécialités les mieux placées pour l'évaluation et le suivi des troubles du comportement chez les enfants et les adolescents (plus d'une réponse possible) ?
- Médecins de famille (spécifiez ordre)
  - Pédiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Pédiatres du développement (spécifiez ordre)
  - Psychiatres généralistes (spécifiez ordre)
  - Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (spécifiez ordre)
  - Autres professionnels (TS, éducateurs, psychologues, etc.) (spécifiez ordre)
14. Selon vous, quelles sont, dans l'ordre, les spécialités les mieux placées pour l'évaluation et le suivi des crises suicidaires chez les enfants et les adolescents (plus d'une réponse possible) ?
- Médecins de famille (spécifiez ordre)
  - Urgentologues (spécifiez ordre)
  - Pédiatres généralistes (spécifiez ordre)

- d. Psychiatres généralistes (spécifiez ordre)
- e. Psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (spécifiez ordre)
- f. Autres professionnels (TS, psychologues, etc.) (spécifiez ordre)

15. Considérez-vous la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comme une surspécialité ou une spécialité de base ?

Définitions :

- Une spécialité est « une branche de la médecine comprenant des connaissances plus vastes pertinentes aux milieux communautaires et tertiaires et faisant office de base pour les compétences supplémentaires (comme les surspécialités) ».
  - Une surspécialité est « une branche de la médecine ayant un champ de pratique plus ciblé ou plus avancé qui s'ajoute aux connaissances plus vastes enseignées dans une spécialité primaire ».
- a. Surspécialité
  - b. Spécialité de base

16. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser l'attractivité de la profession de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent (plus d'une réponse possible) ?

- a. Meilleure rémunération
- b. Accès à une équipe multidisciplinaire complètes
- c. Amélioration des conditions de pratique (donnez des exemples)
- d. Autre (précisez)

## **Annexe 2 – Exemple de critères d'hospitalisation<sup>17</sup>**

Indications pour hospitalisation médicale pour les troubles alimentaires chez les enfants et adolescents:

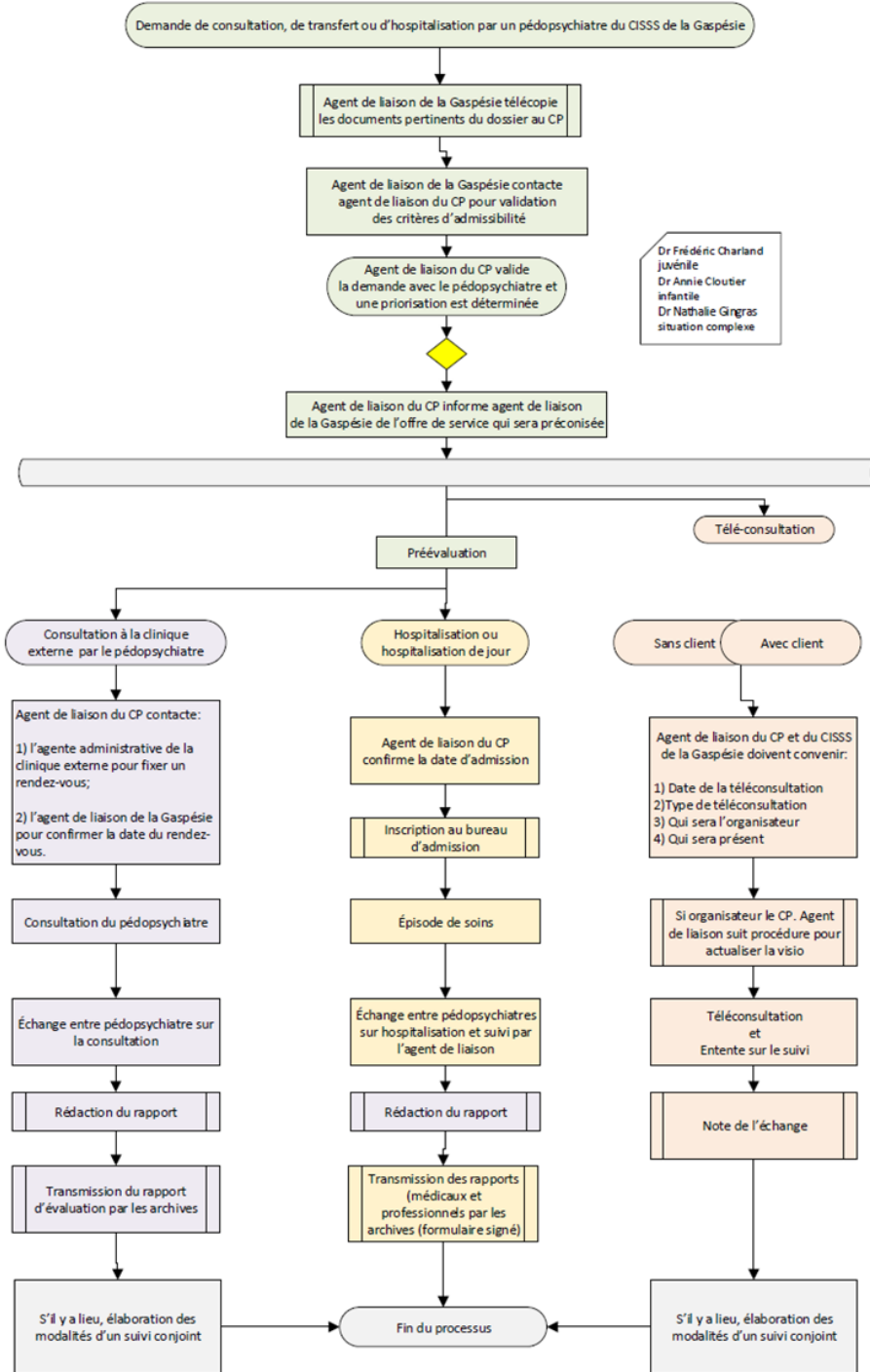
- Bradycardie
- Orthostatisme (changements de la fréquence cardiaque au passage couché/assis à debout et hypotension orthostatique)
- Anomalies électrolytiques
- Hypothermie
- Malnutrition sévère

---

<sup>17</sup> Tiré de Lock, J et al. *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(5):412–425.

### Annexe 3 – Exemple de trajectoire pour l'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

#### Trajectoire d'une demande de consultation, de transfert ou d'hospitalisation au Centre de pédopsychiatrie(CP) provenant du CISSS de la Gaspésie - PROJET



Juin 2017