

**Rapport du Comité d'experts
sur l'organisation des soins
en santé mentale**

Accessibilité aux soins et services

Clientèles jeunesse

20 août 2004

AVIS

Le présent rapport ne constitue pas les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il représente l'opinion des membres du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. Son contenu n'engage que les membres du Comité.

Liste des membres du Comité d'experts

D ^r Pierre Gagné, Président	Université de Sherbrooke
M. Gilles Côté	Institut Philippe-Pinel
D ^r Pierre Desjardins	Ordre des psychologues
Mme Hélène Fradet	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
D ^r Fabien Gagnon	Université Laval
Mme Diane Gauthier	Hôpital Louis-H. Lafontaine
D ^r Pierre Lalonde	Université de Montréal
M. Guy Latraverse	Fondation Revivre (Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires)
D ^r Colette Roberge	Conseil médical du Québec
D ^r Jean-Bernard Trudeau	Hôpital Douglas
D ^r Pierre-Paul Yale	Association des médecins psychiatres

SANTÉ MENTALE JEUNESSE (0-17 ANS)

MISE EN CONTEXTE

La présente section du rapport aborde l'application du mandat, proposé aux membres du comité¹, à la problématique de la santé mentale des jeunes (0-17 ans). Cette clientèle a été choisie parce qu'elle a été jugée la priorité des priorités par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, dans ses recommandations générales de septembre 2003².

Se préoccuper de la santé mentale des jeunes c'est investir dans la santé de 21 % de notre population (1.5 million de jeunes) représentée à part quasi égale en trois groupes d'âge : 0-5 ans (6 %), 6-11 ans (8 %), 12-17 ans (7 %).

Toutes les études épidémiologiques³, depuis plus de 10 ans, font état d'une prévalence de troubles mentaux⁴, chez les 0-17 ans, d'environ **15 % à 20 %** dont le tiers sont sévères :

- 6.5 % troubles anxieux ;
- 3.3 % troubles des conduites ;
- 3.3 % troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité ;
- 2.1 % troubles dépressifs ;
- 1 % et moins, autres troubles.

Ces données concernent des troubles suffisamment sérieux pour causer de la détresse et altérer le développement et le fonctionnement d'un jeune à la maison, à l'école et dans la communauté ainsi qu'handicaper son avenir à l'âge adulte. Cela est sans compter la lourdeur du fardeau qui accompagne ces troubles pour le jeune et sa famille. Ainsi, dans une instance locale de 125,000 personnes, 3,700 à 5,000 jeunes seront concernés par ces problèmes, les deux tiers par des problèmes mentaux d'intensité légère à modérée.

Les études concernant l'utilisation des services⁵ rapportent que de **17 % à 30 %** seulement des jeunes, qui ont besoin de services, en reçoivent et ce :

¹ Lettre du Dr Michel A. Bureau, 20 mai 2004

- étude de l'accessibilité à des soins pertinents dans une structure bien hiérarchisée de 1^{ère} et 2^e ligne ;
- étude de stratégies pour assurer la continuité et la fluidité entre les services médicaux hiérarchisés et les autres services offerts aux personnes atteintes de maladies mentales, en particulier les organismes communautaires.

² Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, *Rapport d'activités : novembre 1999 à septembre 2003 et Recommandations générales à la Direction générale des services à la population, ministère de la Santé et des Services sociaux*, septembre 2003, p. 27.

³ Jean-Jacques Breton, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, 1993.

⁴ Glossaire des termes en annexe #1.

⁵ Jean-Jacques Breton, *op. cit.*

- à l'école, où ils rencontrent, en ordre décroissant, l'orthopédagogue, le psychologue, le travailleur social et l'orthophoniste ;
- à l'extérieur, et dans le même ordre décroissant, le médecin de famille, le pédiatre et le psychologue en bureau privé, les intervenants du CLSC ou encore se présentent à l'urgence.

Bien que les statistiques concernant le taux d'hospitalisation⁶ des 1-17 ans démontrent, entre 1991 et 2001, une diminution globale de 14 %, on remarque une augmentation de l'hospitalisation pour troubles mentaux de :

- 62 % chez les 5-11 ans
- 69 % chez les 12-17 ans

ainsi qu'une augmentation de la détresse psychologique, rapportée par les enquêtes sur l'état de santé de la population de l'Institut de la statistique du Québec⁷.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux consacre annuellement plus d'un milliard de dollars pour l'ensemble des services aux jeunes à travers les divers programmes où se retrouvent des jeunes dont la santé mentale est menacée (clientèle à risque) ou qui présentent des troubles mentaux. Plus de 13,000 intervenants du réseau sont en contact avec ces jeunes, sans compter les médecins de famille, les pédiatres et les professionnels consultés en privé⁸.

Le ministère de l'Éducation assume également des responsabilités à l'égard des besoins de services en santé mentale de sa clientèle, il collabore avec le MSSS dans le cadre des ententes MEQ-MSSS et contribue, avec d'autres milieux comme les milieux de garde de la petite enfance, à l'importance de l'intersectorialité dans l'organisation des services de santé mentale pour la jeunesse.

Depuis l'an 2000, plusieurs documents ont été publiés⁹ sur ce sujet au Québec et récemment une coalition des représentants de l'ensemble des partenaires a été formée. Ces textes mettent en lumière plusieurs consensus par rapport à des priorités pour l'organisation des services en santé mentale pour les jeunes. Il est donc temps de passer à l'action.

Les membres du comité ont retenu six priorités consensuelles :

- élaborer une Politique santé mentale Jeunesse ;
- améliorer l'accessibilité aux services cliniques ;
- impliquer et supporter les membres de l'entourage (familles et proches) ;

⁶ Chantal Lefebvre, *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2004.

<http://www.inspq.qc.ca>

⁷ Institut de la statistique du Québec (ISQ), <http://www.stat.gouv.qc.ca>

⁸ Tableau, annexe #2.

⁹ Une liste non exhaustive des documents consultés est jointe à la fin du rapport.

- transformer les pratiques, se basant sur des données probantes validées sur le terrain et non seulement en milieu de recherche ;
- intensifier la formation des intervenants et l'améliorer ;
- ajouter des ressources humaines en partenariat et plus particulièrement :
 - mettre en place des équipes de base en santé mentale jeunesse dans chaque CSSS (instance locale) ;
 - assurer, dans l'instance locale (CSSS), la présence d'interventions de crise, de fonction liaison et d'intervenant-pivot (*case manager*) ;
 - ajouter des ressources professionnelles aux équipes de pédopsychiatrie de 2^e ligne et favoriser l'augmentation du nombre et une meilleure répartition des pédopsychiatres.

Pourquoi intervenir auprès des jeunes ?

Entre autres, parce que l'évolution récente des connaissances nous démontrent l'efficacité de plusieurs approches préventives disponibles et que les études de suivi longitudinal de population mettent en perspective l'importance de la contribution des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence à la psychopathologie de l'âge adulte.

En effet, parmi une population de jeunes adultes (26 ans)¹⁰ ayant un diagnostic psychiatrique

- 75 % avaient un diagnostic psychiatrique avant l'âge de 18 ans ;
- 50 % à 60 % avaient un tel diagnostic avant l'âge de 15 ans.

Les principaux diagnostics qui contribuent à plusieurs troubles de l'âge adulte ou qui se perpétuent sont :

- les troubles des conduites ;
- les troubles oppositionnels avec provocation ;
- les troubles dépressifs ;
- les troubles anxieux.

PISTES D'ACTION

L'organisation des services cliniques en santé mentale doit tenir compte du nombre important d'intervenants qui sont en contact avec les jeunes et leur famille, tant dans le réseau des services de santé et services sociaux qu'à l'extérieur (intersectorialité). Pour maximiser le résultat des efforts consentis, il faut soutenir la collaboration et la concertation entre les divers partenaires.

¹⁰ Julia Kim-Cohen, *et al.*, « Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, juillet 2003, p. 709-717.

Des principes incontournables

Des principes qui doivent guider cette organisation de services, trois ont été retenus :

- des services donnés dans le milieu le moins restrictif, le plus normatif et le plus près des milieux de vie, tout en étant cliniquement approprié ;
- des services intégrés qui priorisent l'identification et l'intervention précoces ainsi que le soutien et le répit-dépannage aux familles ;
- des services qui sont basés sur la participation des familles tant à l'évaluation qu'à la planification du traitement et au traitement lui-même.

Des objectifs à viser

- Augmenter la réponse aux besoins identifiés, le taux actuel estimé de couverture de 17 % à 30 % des besoins s'avérant inacceptable.
- Optimiser l'utilisation des ressources *mises en place en fonction de leurs responsabilités populationnelles*, en privilégiant les interventions cliniques présentant une évidence empirique d'efficacité.
- Améliorer la coordination des services et des programmes.

Un prérequis

Considérant le grand nombre d'intervenants impliqués et la gamme de services nécessaires, il est essentiel dans un premier temps, d'élaborer une **Politique de santé mentale Jeunesse** avec un cadre de référence clinique et des stratégies. Cette Politique, à l'instar de celle de la Colombie-Britannique¹¹, prendra en compte les trois piliers que sont la prévention, la réduction des risques et la mise en place de traitement et de soutien (cf. tableau annexe #3) et permettra, entre autres, le développement d'un langage commun soutenant les pratiques et les responsabilités cliniques.

Des stratégies

Les stratégies proposées se rattachent à quatre catégories d'actions :

- Informer
- Former
- Intervenir
- Évaluer et rendre compte

¹¹ *Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia*, Ministry of Child and Family Development of British Columbia, février 2003, cf. tableau annexe #3.
http://www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/mh_publications/cymh_plan.htm

Informer

- Élargir le mandat d'Info-Santé pour y introduire la réponse au volet santé mentale jeunes ainsi que l'information concernant l'accessibilité à l'ensemble des ressources disponibles (réf. : 1^{ère} section du rapport).
- Favoriser la visibilité des organismes communautaires afin d'en maximiser l'apport.
- Rendre accessible, sur Internet, une information de qualité permettant aux jeunes et à leur famille d'améliorer leurs connaissances (*mental health literacy*) et de les utiliser (*self-help*). Mettre également à la portée des intervenants une information facilement accessible (données et guides cliniques) répondant à leurs besoins.
- Accélérer, on ne le dira jamais assez, l'informatisation fonctionnelle du dossier patient. En attendant, adapter et bonifier la formule du carnet de santé familiale à tous les parents.

Former

- Procéder à la promotion active de la Politique de santé mentale Jeunesse établie, de son cadre de référence clinique et des stratégies privilégiées.
- Former les intervenants par communauté de pratique (équipes interdisciplinaires y incluant les gestionnaires), et selon les besoins identifiés sur le terrain dans les réseaux public et communautaire.
- Former des équipes de formateurs qui contribueront à multiplier les effets de la formation donnée. Y consacrer annuellement un nombre de journées suffisantes pour répondre aux objectifs de résultats ciblés.
- Rendre l'instance locale (CSSS) imputable de cette obligation de formation, coordonnée par l'Agence régionale. Le soutien des ressources des milieux universitaires et de la recherche, des ordres professionnels et de l'Institut national de santé publique du Québec seront nécessaires. Ne pas miser exclusivement sur le transfert des connaissances des équipes cliniques pédopsychiatriques de 2^e ligne, ces ressources étant rares¹² et la pratique clinique en première ligne étant différente de la pratique spécialisée¹³.

Intervenir

Afin d'assurer une organisation de services en réseau intégré efficiente et efficace, les actions suivantes sont recommandées :

- la mise en place, jugée essentielle, d'une ***responsabilité de liaison*** pour chacune des ressources impliquées auprès des jeunes et leur famille. Des personnes-clé assurent la continuité lors de la référence à une autre ressource et sont également

¹² J.-J. Breton, M.A. Plante et M. St-Georges, *État de situation des services de pédopsychiatrie au Québec en 2001*, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et Hôpital Rivière-des-Prairies, 2002.

¹³ Ian B. Hickie, « Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice », *Medical Journal of Australia*, vol. 170, 1999, p. 171-173.

responsables de l'accueil et de l'orientation de la prise en charge, si nécessaire, lors du retour à la ressource d'origine.

- la mise en place d'un ***module de triage/évaluation/liaison en première ligne***, dans l'instance locale (CSSS), comme ***première responsabilité*** de l'équipe de base dédiée à la santé mentale jeunesse et rattachée à l'instance locale. Ces équipes sont constituées d'infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, psycho-éducateurs, éducateurs spécialisés, omnipraticiens et/ou pédiatres et d'autres professionnels au besoin.

Ce module ne peut constituer un guichet unique puisque les portes d'entrée aux services en première ligne sont multiples¹⁴. Il n'en est pas moins un centre névralgique en lien avec l'ensemble des services de la première ligne. Il contribue à organiser ou compléter l'offre globale de services généraux. Il est également en lien avec les ressources spécialisées de la 2^e ligne pour la référence des cas complexes et sévères qui le requièrent et pour le soutien clinique dont il a besoin.

Les avantages apportés par ce module sont multiples¹⁵, que ce soient :

- le triage rapide et l'établissement de priorités d'attente ;
 - l'amélioration de l'accessibilité et de la satisfaction des usagers ;
 - la cueillette rapide, unique et uniforme de données standardisées nécessaires à l'évaluation ;
 - l'évaluation multidisciplinaire accessible ;
 - l'uniformisation des critères pour les diagnostics, la priorisation de l'attente et de la référence ;
 - la continuité des soins et la réduction des abandons après une première visite ou en cours de suivi.
- la disponibilité d'une ***gamme de traitements et de mesures de soutien*** efficaces et efficaces qui répondent aux besoins des jeunes et de leur famille. Les missions des ressources, des établissements et des organismes communautaires doivent être orientées en fonction de la réponse aux besoins identifiés et contribuer à l'amélioration de l'état de santé mentale de la population desservie.

Enfin, il faut rappeler qu'un réseau intégré performant est un « système » de soins qui donne des résultats intéressants sur le plan, entre autres, de l'accessibilité et de la satisfaction des usagers.

Cependant, les études évaluant les impacts de ces réseaux intégrés¹⁶ ont mis en évidence l'importance cruciale de la qualité des pratiques, tant au niveau des approches d'évaluation que de traitement. Il est essentiel de s'y attarder si on veut obtenir un effet

¹⁴ Cf. tableau annexe #4.

¹⁵ Cf. tableau annexe #5.

¹⁶ Sheila A. Pires, *et al.*, « Lessons learned from the Fort Bragg demonstration », in *9th Annual Research Conference Proceedings. A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base*, Research and Training Center for Children's Mental Health, University of South Florida, 1997, p. 61-67.
http://rtckids.fmhi.usf.edu/conference_proceedings.htm

sur l'amélioration de l'état de santé ou sur la réduction de l'atteinte fonctionnelle pour la population desservie.

Cette constatation a donné lieu, aux États-Unis, à la mise en place d'un important projet de recherche sur l'efficacité « terrain » des approches traditionnelles et novatrices en santé mentale jeunesse¹⁷. C'est ainsi que les évidences commencent à pointer en faveur des thérapies multisystémiques, des foyers thérapeutiques, du *case management* dans certaines conditions, des traitements pharmacologiques et psychosociaux pour des diagnostics précis¹⁸, entre autres.

Évaluer et rendre compte

Évaluer

Toute organisation de services en santé mentale doit évaluer la qualité de ses pratiques, sa performance et en rendre compte. À cet égard, les membres du comité considèrent important de :

- favoriser l'auto-évaluation de la qualité des soins prodigués au niveau de l'instance locale en fonction de l'atteinte du degré de réponse aux besoins identifiés de la population desservie ;
- rendre l'instance locale imputable de la présentation de propositions d'amélioration des pratiques, s'assurant de la participation des intervenants et des gestionnaires à l'organisation des soins ;
- rendre l'agence régionale imputable de l'évaluation de l'impact des interventions des diverses ressources intra-sectorielles sur l'amélioration de l'état de santé mentale de la population concernée afin d'améliorer la continuité des interventions et d'en maximiser l'efficacité. Lui assurer l'aide et les collaborations appropriées, particulièrement celle de la Direction de la Santé publique.

Rendre compte : indicateurs de suivi

L'indicateur privilégié de suivi de la performance d'un système est généralement le nombre de personnes sur une liste d'attente.

Une liste d'attente utile devrait livrer facilement et clairement des données sur le nombre de cas en attente par catégorie de priorité et par rapport à un délai jugé acceptable pour la nature du problème en cause¹⁹.

¹⁷ National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*, National Institute of Mental Health, 2001, <http://www.nimh.nih.gov/childhp/councildesc.cfm>

¹⁸ B.J. Burns, *et al.*, « Effective treatment for mental disorders in children and adolescents », *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 2, n° 4, 1999, p. 199-254.

¹⁹ Conseil médical du Québec, *L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes*, Avis 2001-03, juin 2001, <http://www.cmed.gouv.qc.ca>

Une liste d'attente devrait mettre en perspective l'attente en fonction des ressources consacrées aux soins et de leur performance, comparée avec des semblables. Il est aussi connu que l'efficacité peut entraîner une augmentation de la demande.

La satisfaction des usagers et des intervenants sont des incontournables de la reddition de compte favorisant l'amélioration des pratiques tout comme les évaluations d'organismes d'agrément reconnus et autres évaluations et enquêtes²⁰.

Enfin, l'analyse de l'impact des services et des soins sur l'amélioration de l'état de santé et/ou sur la réduction des atteintes fonctionnelles des personnes desservies devrait être partie intégrante des exigences de reddition de comptes demandées à toutes les ressources afin de contribuer à un vaste effort d'ajout d'efficacité et d'efficience permettant de faire mieux avec les ressources investies et possiblement plus.

Les membres souhaitent remercier M. Denis Santerre, documentaliste au Conseil médical du Québec, et M. Daniel Valois de la FFAPAMM pour leur soutien tout au long de la rédaction de ce rapport.

²⁰ Picker Institute Europe, *A Guide to Action Planning*, 2004, <http://www.pickereurope.org>

Annexe I

Glossaire, définition des termes

(Tiré de *Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia*, février 2003, p. 2)

- **Santé mentale** : terme incluant tous les aspects du développement et du bien-être qui touchent les émotions, les apprentissages et les conduites.
- **Problème de santé mentale** : terme décrivant toute condition émotionnelle et comportementale qui peut causer une détresse significative et altérer le fonctionnement, mais à un degré qui ne rejoint pas les critères pour un diagnostic de trouble mental. Ou encore*, problème qui survient lors d'une perturbation des interactions entre l'individu, le groupe et l'environnement. Cette perturbation peut résulter de causes propres à l'individu ou de causes extérieures : environnementales, sociales, familiales ou communautaires.
*(*Policy Framework: Mental Health for Alberta's Children and Youth*, juillet 2001, p. 2)
- **Trouble mental ou maladie mentale** : termes interchangeables décrivant une condition émotionnelle, comportementale ou organique causant une altération significative du fonctionnement telle que définie par les protocoles standardisés de diagnostics *vg.* DSM IV, CIME-10.

Annexe II

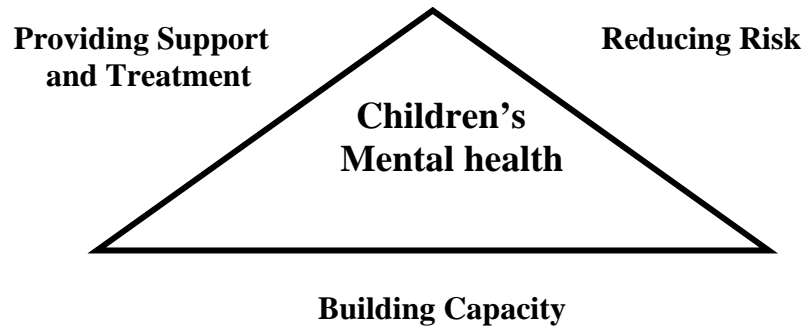
Ressources-jeunesse MSSS 1 milliard \$ et 20,000 intervenants*

1. Réseau	Millions de dollars (M \$)	Intervenants
Centres Jeunesse	600-800 M \$	8,000 intervenants
Toxicomanie	6.7 M \$	107 intervenants
Déf. intellectuelle + TED	65 M \$? intervenants
Déficiance physique	31.8 M \$	361 intervenants
CLSC	84.5 M \$	1300-3000 intervenants
Pédopsychiatrie	31 M \$	700 interv. + 138 ETP
2. Ress. communautaires	Jeunesse 45 M \$ Santé mentale 65 M \$? intervenants

*Incluant les médecins omnipraticiens et pédiatres. Données tirées de rapports internes du MSSS.

Annexe III

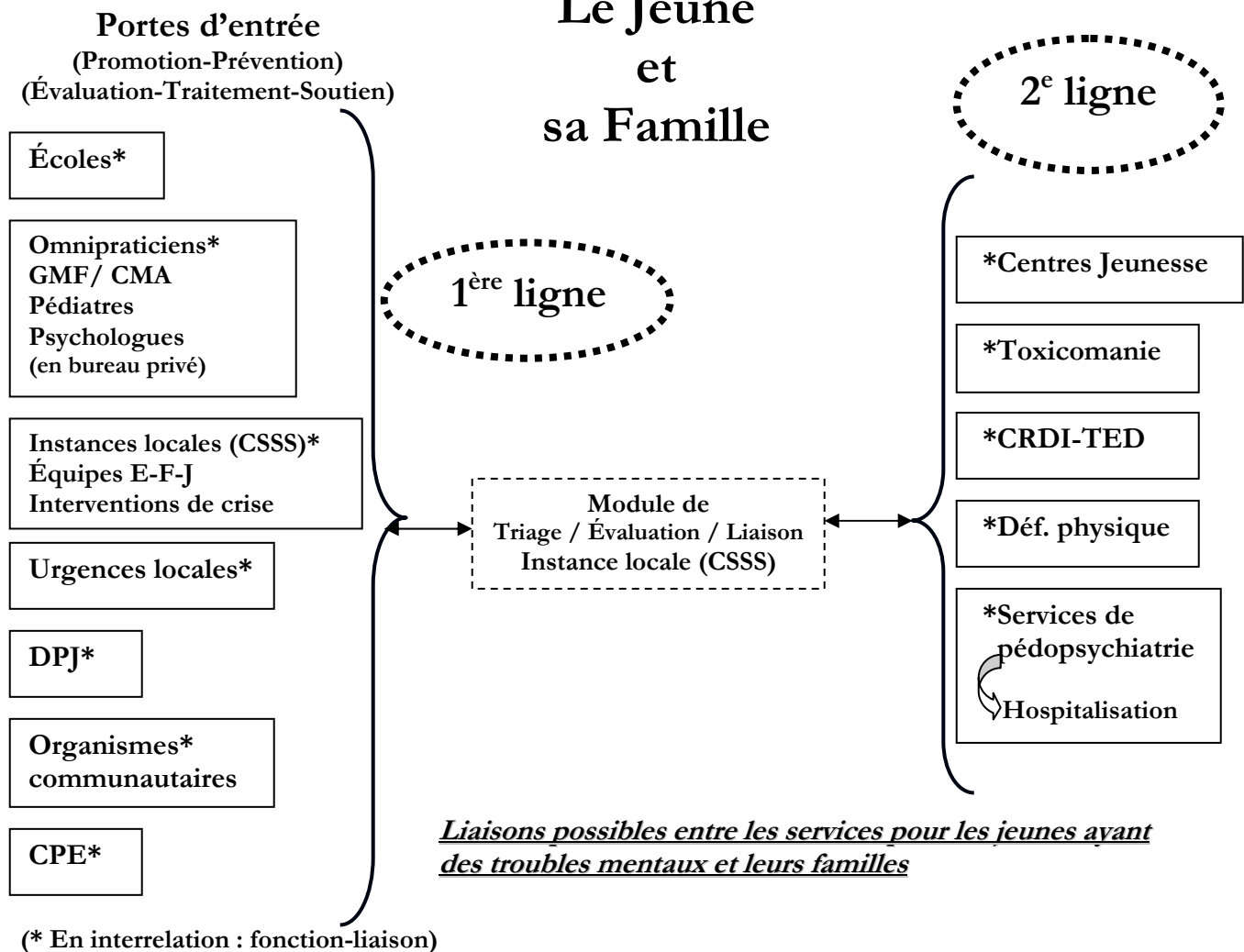
Bases de la politique de santé mentale jeunesse



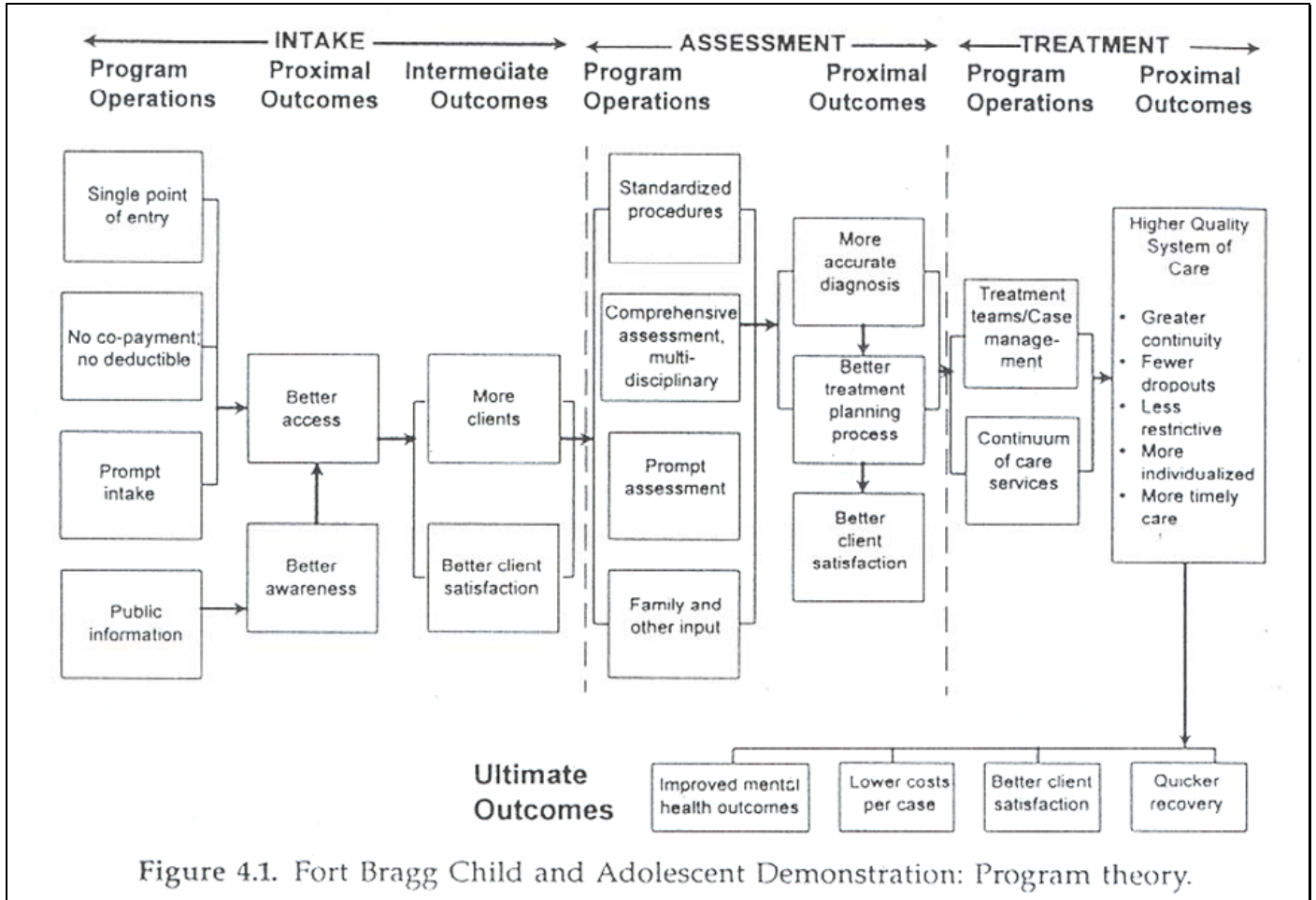
Child and Youth Mental Health Plan for British Columbia, février 2003, p. 11.

Annexe IV

Le Jeune et sa Famille



Annexe V



Evaluating Managed Mental Health Services: The Fort Bragg Experiment, 1995, p. 68.

Documents consultés

Liste non exhaustive (*note de bas de page #9*)

Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Chapitre 3 de *L'offre de services de première ligne en santé mentale : version abrégée*, juin 2004.

Bergeron, Claude, et Janie Lanteigne. « Un système de soins intégrés : le modèle de Val-du-Lac », *Prisme*, n° 39, 2002, p. 112-125.

Boudreau, Jean. « Services aux enfants et aux jeunes en difficulté au Québec : investir dans la bonne direction », ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004 (document interne).

Bourget, Yves. « Modèle de partenariat en santé mentale jeunesse mis en place sur le territoire du CH de Granby », *Prisme*, n° 39, 2002, p. 126-132.

Comité de pédopsychiatrie de l'Association des médecins psychiatres du Québec et Regroupement des chefs de pédopsychiatrie du Québec. *Offrir des services psychiatriques de qualité aux jeunes de moins de 18 ans dans chacune des régions du Québec : document de réflexion*, janvier 2004.

Conseil médical du Québec. *Avis sur la continuité des soins et services médicaux : la continuité, une base essentielle de la qualité*, Avis 2003-02, juin 2003.

Dumont-Lemasson, Mireille, et Sylvie Fortin. *Allons à l'essentiel : offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans. Rapport de suivi des indicateurs famille-enfance-jeunesse (1999-2002)*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, mai 2003.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. *Rapport d'activités : novembre 1999 à septembre 2003 et Recommandations générales à la Direction générale des services à la population*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2003.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. *Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*, mars 2003.

Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (Comité Lebon). *État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC*, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000.

Hôpital Charles-LeMoine. *Grandir en santé mentale en Montérégie : projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, janvier 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, 2002.

Ministère de l'Éducation (MEQ) et ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, 2003.

Renaud, Johanne, et al. « Les soins en pédopsychiatrie à Montréal : sur la piste d'une approche intégrée et multidisciplinaire », *Bulletin de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)*, été 2003, p. 5-7.

Toupin, Jean, et al. *La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin*, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), mars 2004.