

ACCESSIBILITÉ AUX SOINS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES POUR LA CLIENTÈLE DES ADOLESCENTS

INTRODUCTION

En octobre 1997, le Conseil d'administration (Bureau) du Collège des médecins du Québec acceptait le rapport intitulé *Accessibilité aux soins psychiatriques et aux services en santé mentale* préparé par un groupe de travail composé de médecins psychiatres et de médecins de famille du Québec.

Ce rapport fait mention de problèmes particuliers concernant les services aux jeunes, et plus spécifiquement aux adolescents : «En rapport avec l'exercice professionnel des médecins de famille et des multiples intervenants qui travaillent dans le réseau des services sociaux, il semble exister une difficulté à dépister les maladies mentales avant détérioration. C'est le cas de la dépression masquée sous le couvert de ce que l'on présume être une crise d'adolescence qui, trop souvent, aboutit à un suicide à la maison ou en centre de réadaptation, que le jeune soit ou non pris en charge dans le cadre de mesures de protection. Cette situation peut même s'amplifier si les réflexes professionnels sont à l'effet de se prémunir contre l'intrusion d'un autre dans son champ de compétence, ce qui entrave l'échange d'informations nécessaires pour déterminer s'il s'agit d'un problème médical ou de mésadaptation.»

À la suite de l'identification de ce problème, le Conseil d'administration (Bureau) du Collège a entériné la recommandation suivante :

«Que vis-à-vis des adolescents :

- les “éventuels” départements régionaux de psychiatrie assurent une consultation rapide aux jeunes en situation de crise, qu'ils soient dans la famille ou dans un centre d'hébergement, et établissent des liens fonctionnels avec le réseau des centres d'hébergement et de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
- le Collège amorce, avec les représentants des centres jeunesse et de la DPJ, des discussions visant un meilleur lien entre les interventions professionnelles à l'endroit des jeunes, de façon à définir les conditions permettant de reconnaître les problèmes comportementaux suggestifs de maladie mentale et de définir les critères de référence pour diagnostic et traitement;
- le problème du suicide soit étudié de façon concertée afin de permettre aux médecins de mieux dépister les cas à risque».



Parallèlement aux travaux du Collège des médecins, de même qu'à d'autres travaux ayant cours à la Commission des droits de la personne et droits de la jeunesse (CDPDJ), le Protecteur du citoyen, également préoccupé par la situation des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui sont sous la responsabilité de centres jeunesse, a décidé de constituer un groupe de travail composé de représentants de la profession médicale nommés par le Collège des médecins et de représentants des centres jeunesse nommés par l'Association des centres jeunesse du Québec. Très attendu, son rapport formulera des recommandations portant principalement sur les services à offrir aux jeunes qui fréquentent le réseau des centres jeunesse.

Les quatre médecins membres de ce groupe de travail, deux pédopsychiatres et deux médecins de famille engagés dans les soins aux jeunes, ont voulu s'inscrire dans la foulée des travaux du Collège et, profitant d'un contexte favorable, ont exprimé le désir d'interpeller leur ordre professionnel. Bien qu'ils considèrent comme important de mieux organiser les services médicaux pour tous les enfants et adolescents qui présentent des problèmes de santé mentale, les membres ont choisi d'accorder une priorité aux besoins de services des adolescents, estimant l'effet d'entraînement positif sur toutes les clientèles de jeunes. Ils ont voulu plus particulièrement faire part de leurs réflexions sur les besoins des adolescents en matière de services médicaux et psychiatriques, et proposer au Collège des recommandations concrètes dans le but d'en améliorer l'accessibilité et la qualité. Ils se sont réunis au Collège des médecins du Québec les 20 mai et 9 octobre 1998 ainsi que 3 février 1999, et ont élaboré les propositions suivantes qui ont été adoptées à la réunion du Conseil d'administration (Bureau) du Collège le 26 février 1999.

**POSITION DU COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC SUR L'ACCESSIBILITÉ
AUX SOINS MÉDICAUX ET PSYCHIATRIQUES
POUR LA CLIENTÈLE DES ADOLESCENTS**

- Attendu que les adolescents présentent des problèmes psychopathologiques et des problèmes de comportement qui sont importants, prévalants, complexes, atypiques, et qui relèvent de facteurs tant médicaux que sociaux, familiaux et environnementaux;
- Attendu que le suicide (tentatives, idées suicidaires ou suicide complété) n'est qu'un indice de ces psychopathologies qui témoignent des malaises importants vécus par cette population;
- Attendu que, selon des études récentes, 80 p. 100 des suicides complétés sont reliés à une psychopathologie;
- Attendu que les intervenants médicaux et sociaux ont une responsabilité partagée dans le dépistage, l'identification, le traitement, le suivi et la prise en charge des jeunes en difficulté;

le Collège des médecins juge important de faire la promotion d'une organisation de services médicaux en santé mentale répondant adéquatement aux besoins des adolescents.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SERVICES MÉDICAUX EN GÉNÉRAL

Au niveau de la 1^{re} ligne de services médicaux, il est proposé :

1. Que les médecins exerçant en 1^{re} ligne, autant en cabinet privé qu'en CLSC, soient sensibilisés :
 - aux différentes présentations des psychopathologies à l'adolescence, dont celle du suicide;
 - à la Loi sur la protection de la jeunesse;
 - à l'imputabilité des médecins de famille dans la continuité des soins;
 - au rôle des médecins de famille, autant auprès des parents que des jeunes eux-mêmes.

Cette formation devrait faire partie des programmes d'enseignement des facultés de médecine de même que des programmes de formation médicale continue des organismes québécois.

2. Que les futurs départements régionaux de médecine générale considèrent les soins à prodiguer aux adolescents comme prioritaires, qu'ils les rendent à la fois disponibles et accessibles, et que cette clientèle soit considérée comme une clientèle cible; qu'ils se concertent avec leurs collègues des départements de pédiatrie et de psychiatrie, de même qu'avec les équipes jeunesse des CLSC et les intervenants sociaux des centres jeunesse pour organiser des services complets d'évaluation.

3. Que les médecins de famille, qui ont une clientèle d'enfants et d'adolescents, et les pédiatres soient en mesure de diagnostiquer les problèmes de santé mentale en fonction du DSM-IV, d'évaluer les composantes sociales, familiales et environnementales, d'entreprendre le traitement approprié incluant le volet pharmacologique et de décider s'il y a lieu de consulter un psychiatre.
4. Que le médecin de famille et le pédiatre soient capables d'assumer le suivi de ces adolescents (approche pharmacologique, psychothérapeutique et familiale) pour autant qu'ils soient en lien et soutenus par une équipe en santé mentale, composée notamment de pédopsychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux.
5. Que des infirmières soient intégrées aux services de 1^{re} ligne et qu'elles favorisent la liaison entre le médecin, le patient, sa famille et l'équipe en santé mentale.

Au niveau de la 2^e ligne de services médicaux, il est proposé :

1. Que des médecins de famille, qui ont acquis une expertise spécifique dans le domaine de la santé des adolescents, soient désignés dans chaque département régional de médecine générale pour servir de ressource à l'ensemble des médecins de famille du territoire ou du sous-territoire.

2. Que ces médecins désignés, de même que les pédiatres du territoire, soient associés aux équipes jeunesse et aux équipes en santé mentale des centres hospitaliers et des CLSC, et qu'ils créent des liens étroits avec les pédopsychiatres et les intervenants sociaux.
 3. Que ces médecins soient disponibles en priorité pour leurs collègues médecins de famille de 1^{re} ligne aux prises avec des adolescents en difficulté et qu'ils soient responsables de compléter l'évaluation faite, d'établir un diagnostic, d'entreprendre le traitement et le suivi approprié et de consulter, au besoin, le pédopsychiatre ou toute autre ressource appropriée.
 4. Que ces médecins de famille de 2^e ligne et ces pédiatres puissent servir de ressources pour évaluer, dans les situations de crise, les problèmes les plus aigus et les plus sérieux des adolescents qui fréquentent l'école, en intégrant les parents dans la démarche.
 5. Que l'ensemble des psychiatres soit mieux sensibilisé aux problèmes de santé mentale des adolescents et que les programmes de formation mettent l'accent sur :
 - les conséquences de la maladie mentale du parent sur l'adolescent et les conséquences de la maladie mentale de l'adolescent sur les parents, son entourage et le milieu scolaire;
 - le maintien de la compétence du médecin en psychiatrie de l'adolescent;
 - la Loi sur la protection de la jeunesse.
 6. Que l'ensemble des psychiatres assume certaines responsabilités auprès des clientèles d'adolescents, notamment au niveau de la garde de psychiatrie en salle d'urgence.
- Au niveau de la 3^e ligne de services médicaux, il est proposé :**
1. Que l'on prenne en considération les besoins en pédopsychiatres dans la planification des effectifs médicaux et que leur répartition sur le territoire soit améliorée.
 2. Que l'on dresse un répertoire des pédopsychiatres disponibles pour assurer la consultation dans toutes les régions du Québec.
 3. Que les pédopsychiatres assurent en priorité la consultation auprès des adolescents qui leur sont adressés en urgence, de même que le soutien aux médecins de 1^{re} et de 2^e lignes, qu'il s'agisse de médecins de famille ou de pédiatres.
 4. Que les pédopsychiatres prennent l'initiative de planifier et d'organiser des activités de formation destinées aux médecins de 1^{re} et de 2^e lignes de leur territoire et y participent.
 5. Que les pédopsychiatres veillent à ce que les médecins de 1^{re} et de 2^e lignes puissent compter sur la disponibilité des équipes en santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux et autres).
 6. Que les pédopsychiatres participent aux activités de planification et de programmation touchant les problèmes de santé mentale des adolescents sur leur territoire.

7. Que les pédopsychiatres assurent la gestion de la liste d'attente en pédopsychiatrie en adoptant des normes reconnues par tous (par exemple, codes 1,2,3).
8. Que, compte tenu de leur responsabilité de médecin traitant envers les malades inscrits ou admis à leur nom, les pédopsychiatres assument la responsabilité du plan de soins psychiatriques de ces malades, tout en participant au travail clinique de l'équipe multidisciplinaire.
9. Que les pédopsychiatres encouragent le suivi de la clientèle par les intervenants les plus appropriés et, qu'en ce sens, ils privilégient le retour des patients au médecin de 1^{re} ligne.
10. Que les pédopsychiatres d'une région soient regroupés à l'intérieur d'un département régional ou sous-régional de psychiatrie, de façon à assurer une cohérence des activités cliniques et un partage équitable des tâches.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SERVICES MÉDICAUX EN CENTRE JEUNESSE

Le problème particulier des adolescents pris en charge par le réseau des centres jeunesse doit faire l'objet d'une attention spéciale :

- Attendu que la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit l'obligation d'offrir des services médicaux personnalisés à tout patient qui les requiert, quel que soit le milieu dans lequel il évolue;
- Attendu qu'une proportion importante de la clientèle prise en charge par les centres jeunesse souffre de psychopathologies, telles qu'elles sont répertoriées dans les classifications des maladies mentales (DSM-IV et CIM 10), et que cette clientèle a droit à des services médicaux, comme le prévoit d'ailleurs la Loi sur la protection de la jeunesse;
- Attendu qu'une partie de cette clientèle, parmi les plus vulnérables, n'a pas accès à des services médicaux alors que son état de santé les requiert;
- Attendu qu'il s'agit là d'un problème de santé publique, puisque la partie la plus vulnérable de la population n'a pas accès à des services médicaux alors que son état de santé les requiert;
- Attendu que tout retard à établir un diagnostic et à prodiguer les soins médicaux requis peut aggraver la morbidité et la mortalité chez cette clientèle et qu'il s'agit là d'une situation urgente;
- Attendu que la responsabilité de rendre disponibles les services médicaux appropriés revient aux centres jeunesse qui doivent s'entendre avec le milieu médical sur la meilleure façon d'offrir ces services;
- Attendu qu'en vertu de la Loi médicale et de ses règlements, il revient aux médecins d'établir un diagnostic, d'éliminer une maladie et de déterminer les soins médicaux requis;

- Attendu qu'en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, la DPJ se doit d'agir si la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis, notamment par l'absence de soins appropriés (paragraphe *b* de l'article 38);
- Attendu que, pour ce faire, elle doit procéder à une évaluation de la situation de l'enfant (article 49) et qu'une part importante de cette évaluation peut relever de l'exercice de la médecine ou d'une de ses disciplines;
- Attendu que la DPJ peut d'urgence (paragraphe *b* de l'article 46 et article 48.1), ou par l'entremise du tribunal, confier l'enfant à un centre hospitalier pour hébergement temporaire (article 62);
- Attendu qu'il existe un problème de reconnaissance des psychopathologies, telles qu'elles sont répertoriées dans les classifications des maladies mentales, par certains intervenants des centres jeunesse qui ont parfois tendance à sous-estimer, voire à nier la composante médicale des problèmes auxquels ils sont confrontés;
- Attendu que les interventions de la DPJ et du médecin doivent respecter la Loi médicale et la Loi sur la protection de la jeunesse et être réalisées pour le plus grand bénéfice des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale;

Le Collège propose que l'organisation des services médicaux et psychiatriques pour la clientèle spécifiquement desservie par les centres jeunesse repose sur les énoncés suivants :

1. Que soient organisés et rendus disponibles aux adolescents pris en charge par les centres jeunesse des services médicaux dont les paramètres seront définis par les médecins, en collaboration avec les intervenants sociaux et les psychologues, et que ces services répondent aux problèmes de santé mentale autant que de santé physique.
2. Que les services médicaux dans les centres jeunesse soient organisés sur une base régionale et sous-régionale :
 - les centres jeunesse s'adresseront au département régional de médecine générale, ou à sa composante sous-régionale, et aux pédiatres exerçant dans le même territoire, afin d'identifier les médecins compétents intéressés à offrir ces services médicaux;
 - ces médecins seront responsables d'assurer l'ensemble des services médicaux requis par les adolescents, autant en santé mentale qu'en santé physique.
 - ces services seront organisés sous forme de consultation et de suivi médical sur rendez-vous ou sans rendez-vous, et offerts soit au centre de réadaptation ou au point de service local du centre jeunesse, soit en CLSC ou en cabinet privé, après entente avec les médecins concernés et le département régional de médecine générale.

La présence et l'intervention d'infirmières sont perçues comme indispensables au bon fonctionnement de ces services cliniques, puisque celles-ci contribuent à la liaison entre les intervenants et à la continuité des soins.

3. Que tous les enfants et adolescents signalés pour troubles de comportement et ceux pris en charge par les centres de réadaptation fassent l'objet d'un dépistage systématique et, selon les besoins, d'une évaluation médicale et d'un suivi.
À cette fin :
 - les médecins devront établir, en collaboration avec les intervenants sociaux, les psychologues et les infirmières, des protocoles de dépistage des adolescents à risque, en évaluant plus particulièrement les risques suicidaires; une attention spéciale doit être apportée aux jeunes dont le comportement est qualifié de «bizarre», aux jeunes qui présentent des changements importants de comportement et enfin aux jeunes dont les parents sont porteurs d'une pathologie psychiatrique;
 - les médecins devront évaluer rapidement les adolescents à risque qui leur sont adressés à la suite du dépistage, afin d'établir un diagnostic et de prescrire le traitement médical approprié;
 - il est important que soit disponible, pour le médecin, un rapport préparé par l'intervenant social sur le comportement du jeune qui nécessite une évaluation. Selon le contexte, le rapport sera plus ou moins détaillé. L'ensemble du dossier psychosocial du jeune devra être mis à la disposition du médecin, à sa demande, et les intervenants concernés devront collaborer à cette évaluation et favoriser la participation de la famille;
 - il est aussi important que le médecin ayant procédé à l'évaluation communique à l'intervenant responsable du jeune toutes les informations nécessaires au traitement et au suivi des problèmes de santé identifiés;
 - il est primordial d'assurer, lorsque cela est nécessaire, le traitement médical (pharmacothérapie-psychothérapie) durant le séjour en centre de réadaptation et au cours du suivi des clientes en externe. À ce titre, le médecin doit être pleinement engagé au sein des équipes jeunesse (en centre de réadaptation et en externe), tant au niveau de l'élaboration des plans de service qu'au niveau du suivi des adolescents;
 - il est important de reconnaître que la consultation, le transfert ou l'hospitalisation en psychiatrie est, avant tout, une décision médicale. Les protocoles d'intervention des centres jeunesse portant sur la prévention du suicide doivent être révisés afin d'y inclure une évaluation et un suivi médical.
4. Que des services de consultation en pédopsychiatrie soient disponibles et accessibles en priorité aux médecins de 2^e ligne qui exercent en centres jeunesse – centres de réadaptation :
 - l'organisation de ces services de consultation devrait être du ressort des départements de psychiatrie régionaux ou sous-régionaux ou, à défaut de ressources pédopsychiatriques, disponibles par entente avec d'autres départements;

- les pédopsychiatres doivent être associés aux décisions concernant les plans d'intervention et de services proposés par les intervenants sociaux. Cela pourra se faire en offrant un soutien aux médecins de 2^e ligne exerçant en centres jeunesse – centres de réadaptation;
 - lorsque son expertise spécifique sera requise, le pédopsychiatre agira comme médecin traitant de certains jeunes pris en charge par les centres jeunesse ou de réadaptation, à la demande du médecin de 2^e ligne. Dans les régions où il y a pénurie de pédopsychiatres, il faudra trouver les moyens de rendre accessibles les services de consultation, que ce soit par l'ajout de ressources ou par l'utilisation de moyens de communication, comme la télé-médecine.
5. Que des activités multidisciplinaires périodiques soient organisées pour présenter, discuter et évaluer les cas complexes, les cas correspondant à des problèmes prioritaires, dont le suicide, ou des cas pris au hasard :
- médecins, pédopsychiatres, intervenants sociaux et psychologues devront participer à ce type d'activités;
 - dans les régions où il y a pénurie de ressources en pédopsychiatrie, il faudrait envisager d'utiliser des moyens de communication, comme la télé-médecine.
6. Que les services d'expertise requis par le Tribunal de la jeunesse soient considérés comme distincts des services médicaux et psychiatriques, à un tel point qu'ils ne soient pas rendus, sauf exception, par le médecin chargé de l'évaluation clinique ou du suivi médical d'un adolescent.
7. Que l'implantation du modèle des services proposés en centres jeunesse soit une priorité pour le ministère, les régions régionales et les fédérations médicales.
8. Que la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège mette en place les moyens d'offrir aux médecins actuellement en exercice un programme d'éducation médicale continue sur mesure visant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des psychopathologies de l'adolescent.

En résumé, le Collège est conscient qu'un tel projet d'organisation des services médicaux et psychiatriques auprès des adolescents en difficulté représente un défi important, autant pour les milieux médicaux que pour les centres jeunesse.

STRATÉGIE D'IMPLANTATION DU MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX

Compte tenu de l'importance du problème du suicide dans toutes les régions du Québec, le Collège suggère que les jeunes à risque de suicide identifiés par les centres jeunesse bénéficient en priorité des services médicaux appropriés, selon le modèle proposé dans ce projet.

Par ailleurs, dans le but de procéder à la généralisation du modèle de services, il est suggéré de mettre en place des projets-pilotes dans les régions du Québec, projets où le modèle proposé pourra être implanté, évalué et adapté. Ces projets-pilotes devront assurer la mise en place des services médicaux et psychiatriques requis par tous les adolescents, incluant les adolescents pris en charge par le réseau des DPJ.

Ces projets devront faire l'objet d'une évaluation systématique et rigoureuse afin d'assurer à cette clientèle l'accès à des services médicaux et psychiatriques.

La prévalence des problèmes psychopathologiques chez les adolescents, l'identification de ces problèmes auprès d'une clientèle polymorphe, l'accessibilité aux services, la pertinence, l'efficacité et l'efficacité des interventions, tant médicales que comportementales, sont autant de questions auxquelles il faut trouver rapidement une réponse.

Ces projets-pilotes devront reposer sur la collaboration des intervenants issus du domaine médical (santé mentale, épidémiologie, pharmacologie, etc.), du domaine psychosocial (psychologie, réadaptation, service social, criminologie, etc.) et du domaine de la recherche évaluative. Les organismes qui subventionnent la recherche devraient d'ailleurs accorder la priorité à l'évaluation de tels projets.

Il faudra également implanter des mécanismes systématiques d'analyse du problème du suicide et procéder, dans le cadre d'une démarche multidisciplinaire, à «l'autopsie psychiatrique» de tous les cas de suicide complété, afin d'améliorer les approches préventives du suicide chez les adolescents.

Enfin, il faudra, conjointement avec les intervenants sociaux, créer et évaluer des protocoles de dépistage des psychopathologies et du risque suicidaire, et intervenir de façon appropriée selon les niveaux de connaissance et les responsabilités de chacun, afin d'outiller les parents, les intervenants des écoles, les groupes sentinelle, les intervenants sociaux et les médecins pour qu'ils puissent jouer leur rôle préventif auprès des jeunes.

CONCLUSION

La réalisation de ce modèle de services médicaux devrait permettre à court terme :

- d’offrir aux adolescents des ressources médicales pour faire face à leurs problèmes de santé, tant physique que mentale;
- de briser les barrières entre les intervenants médicaux et sociaux;
- d’encourager l’engagement des médecins de famille et des pédiatres dans le domaine de la santé mentale des adolescents;
- de maximiser l’utilisation de la compétence des pédopsychiatres;
- de développer une saine collaboration entre les médecins et les intervenants sociaux.

À moyen terme, ce modèle de services permettra de diminuer la prévalence des suicides de même que la mortalité et la morbidité reliées aux psychopathologies chez les jeunes, en outillant les médecins et les intervenants sociaux pour leur permettre de mieux intervenir conjointement auprès de cette population à risque.

Enfin, le Conseil d’administration (Bureau) du Collège des médecins accordera à ces recommandations toute l’attention voulue et entreprendra les démarches nécessaires auprès de ses membres et de ses partenaires pour que soient rapidement mis en place des services médicaux de qualité pour les adolescents du Québec aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Le Collège souhaite également que le groupe de travail mis en place par le Protecteur du citoyen continue ses travaux et tienne compte du modèle proposé dans l’élaboration de ses recommandations.

En terminant, le Conseil d’administration (Bureau) du Collège remercie les membres du sous-groupe de travail qui ont contribué à l’élaboration de cette position, soit les docteurs :

- Claude Marquette, pédopsychiatre
Hôpital Sainte-Justine, Montréal
- Johanne Piché, pédopsychiatre
CHSLD du Centre-de-la-Mauricie,
Shawinigan
- Lambert Farand, médecin de famille
Pavillon Albert-Prévost, Montréal
- Danielle Blais, médecin de famille
Centre de santé intégrale, Cookshire
- Joëlle Lescop, secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Publication du
Collège des médecins du Québec
Service des communications
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : (514) 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : (514) 933-3112
Adresse Internet : <http://www.cmq.org>
Courrier électronique : info@cmq.org

Auteur : Direction générale

Dépôt légal : 2^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Révision linguistique : Louise Verreault

Graphisme : Guénette + Delisle

Impression : Bowne de Montréal

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans
préjudice et seulement pour alléger la présentation.

La version française intégrale de cet énoncé de position
est disponible sur le site Internet du Collège.

An English version will soon be available upon request.

