



Mémoire sur le projet de loi 67 (PL 67)

Priorité à l'accès aux services en santé mentale

Association des médecins psychiatres du Québec

Sommaire

À propos de l'AMPQ	3
Préambule	3
1. Collaboration interprofessionnelle et spécificité du diagnostic en santé mentale	3
2. Priorité au traitement et non aux diagnostics	4
3. Les dangers du surdiagnostic et de la surmédication.....	5
4. La complexité de la dé-prescription et du dé-diagnostic.....	5
Recommandations :	6
Conclusion	6
Annexe.....	7

À propos de l'AMPQ

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) représente environ 1300 psychiatres œuvrant dans le système public au Québec. Elle a pour mission, entre autres, de favoriser la qualité des soins psychiatriques au Québec. Elle veut mettre de l'avant des pratiques psychiatriques avec les plus hauts standards, accessibles, humaines et reconnues, contribuant à l'amélioration de la santé mentale de la population.

Préambule

Le projet de loi 67 propose d'élargir les compétences professionnelles en permettant notamment à d'autres professionnels de poser des diagnostics en santé mentale. Bien que l'intention d'améliorer l'accessibilité soit louable, ce projet soulève des préoccupations majeures quant à son impact sur l'organisation, l'accès et la qualité des soins. En effet, l'accès à un diagnostic seul ne garantit pas un accès aux services thérapeutiques appropriés. En fait, il pourrait plutôt aggraver le surdiagnostic et la surmédication. Nous sommes d'avis que présentement l'accès aux soins représente un enjeu plus important que l'accès au diagnostic. Ainsi, ce mémoire appelle à une réorientation des priorités vers l'amélioration de l'accès aux services thérapeutiques interdisciplinaires plutôt qu'à une multiplication des diagnostics.

L'Association des médecins psychiatres du Québec estime que ce projet de loi pourrait entraîner une pression grandissante sur l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge clinique des troubles mentaux. En multipliant les diagnostics sans accroître les ressources pour les traitements, nous anticipons des délais importants pour l'amorce des traitements et leur poursuite sur de nombreux mois, voire de nombreuses années. En effet, le diagnostic n'est que le début du parcours clinique du patient qui peut le mener vers le psychiatre pour les cas les plus complexes et sévères.

Les différentes initiatives du ministère de la Santé et des Services sociaux pour faciliter l'accès aux soins, comme le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) et le Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM), pourraient se retrouver surchargées et ne pas avoir les capacités pour répondre aux besoins. Cette situation d'écart entre la capacité de donner des diagnostics en santé mentale et d'offrir les soins appropriés par le bon professionnel est d'autant plus probable que Santé Québec ne compte actuellement aucun dirigeant responsable de l'opérationnalisation des soins et services en santé mentale à l'échelle nationale.

Ce mémoire a pour objectif d'illustrer les différentes facettes et réalités reliées aux troubles mentaux et leur traitement sur le terrain afin de nourrir les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux sur le projet de loi 67.

1. Collaboration interprofessionnelle et spécificité du diagnostic en santé mentale

La psychiatrie repose sur une collaboration interprofessionnelle essentielle. Les psychiatres valorisent et dépendent grandement du travail en équipe avec leurs collègues des autres professions hautement qualifiés. Le traitement adéquat des troubles mentaux est multidimensionnel et nécessite des dispositifs interdisciplinaires où les professionnels (ainsi que les organismes communautaires et autres acteurs psychosociaux) jouent un rôle crucial. Le diagnostic n'est qu'un élément partiel du processus global de soins. Par exemple, les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) qui offre des soins et services en santé mentale

dans la communauté sont composées de divers professionnels (psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) pour ses interventions.¹

La psychiatrie est aussi une discipline médicale complexe qui nécessite une formation approfondie et spécialisée, soit une formation postdoctorale d'exposition en clinique de cinq ans. Cette formation et la pratique en psychiatrie s'appuient, en partie, sur le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, plus connu sous le terme DSM. La dernière version de cet outil de référence compte près de 300 troubles mentaux répartis sur 20 chapitres dont : les troubles du spectre de l'autisme, les troubles psychotiques (schizophrénie, etc.), les maladies affectives (dépression, maladie bipolaire, etc.) et les troubles de la personnalité.² Dans sa forme actuelle, le projet de loi n'apporte aucune nuance quant aux troubles de santé mentale (sévérité, complexité clinique, difficulté de diagnostic) et ne propose aucun changement aux requis de formation dans les divers règlements modifiés par le projet de loi.

Les psychiatres combinent une expertise unique en diagnostic et en traitement pharmacologique et psychothérapeutique des troubles mentaux. Ils doivent prendre en compte une multitude de facteurs biopsychosociaux pour poser un diagnostic précis. Il s'agit d'un processus cognitif complexe qui nécessite une formation spécifique. La force de la psychiatrie réside dans sa capacité à intégrer le diagnostic, le traitement et le suivi dans une **approche coordonnée et interdisciplinaire**.

2. Priorité au traitement et non aux diagnostics

À première vue, l'élargissement de la capacité de poser un diagnostic semble améliorer l'accessibilité aux soins. Ce n'est pas le cas.

Sans un plan de traitement ou une intervention appropriée, un diagnostic isolé n'apporte pas de bénéfices réels pour le patient. Il ne garantit pas non plus un meilleur accès à des services puisque ceux-ci sont déjà saturés. Actuellement, de nombreux services de soins, notamment à l'enfance, exigent qu'un diagnostic soit établi avant de commencer toute intervention.

Ce modèle pose problème, car il lie l'accès aux services à la présence d'un diagnostic formel, ce qui peut retarder les soins et empêcher une prise en charge proactive et préventive. Les services devraient être accessibles en fonction des besoins des patients, et non uniquement conditionnés par l'obtention d'un diagnostic préalable comme c'est le cas avec Agir tôt.³ Ce fonctionnement crée un goulot d'étranglement, notamment chez les médecins omnipraticiens, pour l'accès aux soins et une perte de ressources professionnelles. À terme, nous pourrions avoir encore plus de patients ayant obtenu un diagnostic de trouble mental qui se retrouve sur une liste d'attente pour des soins et des services.

L'objectif doit être d'améliorer l'accessibilité aux soins et non pas aux diagnostics. L'élargissement de la capacité à diagnostiquer risque de résulter en une perte nette de ressources qui pourraient être allouées au traitement du trouble mental.

Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de nouveaux diagnostics (travailleurs sociaux, psychologues, médecins omnipraticiens, infirmières praticiennes spécialisées, psychiatres, etc.) seront davantage sollicités pour donner le bon soin ou le bon service sans compter sur plus de ressources pour les appuyer.

¹ <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/suivi-intensif-dans-milieu>

² https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Contents.pdf

³ <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/outils-ressources-developpement-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux-besoins-des-enfants>

Pour les citoyens, l'obtention d'un diagnostic de trouble mental ne signifiera pas un accès automatique à un plan de traitement, à un suivi sur plusieurs mois ou années, et pourrait même mener à une errance diagnostique frustrante et exaspérante.

Enfin, l'Agence Santé Québec ne compte pas de responsable parmi ses dirigeants pour coordonner et opérationnaliser les soins et les services en santé mentale en prévision d'une multiplication de la demande découlant d'une augmentation des diagnostics.

3. Les dangers du surdiagnostic et de la surmédication

Un diagnostic de santé mentale n'est pas une chose banale. Cet élargissement pourrait entraîner une augmentation du surdiagnostic, qui porte son lot de conséquences. Ce problème a été soulevé à plusieurs reprises non seulement par l'AMPQ, mais également par les organismes de défense des droits des patients.⁴

Une autre considération importante : le diagnostic appartient à la personne concernée et sa divulgation doit être réfléchie. Par exemple, un trouble du spectre de l'autisme léger ou un trouble de personnalité ne devrait figurer dans des dossiers ou rapports d'assurance que s'il a une incidence réelle sur le fonctionnement de la personne.

Le Québec fait déjà face à une augmentation inquiétante des diagnostics et des prescriptions de médicaments psychotropes, en particulier chez les jeunes. Certaines études rapportent un phénomène déjà entamé de surdiagnostic en trouble du spectre de l'autisme et de la dépression.⁵ Selon un rapport basé sur les données de la RAMQ, les prescriptions de psychotropes ont considérablement augmenté ces dernières années, notamment en ce qui concerne les psychostimulants et les antidépresseurs.⁶ Plusieurs experts ont également mentionné le lien entre l'absence de suivi, le manque d'accès aux soins psychothérapeutiques et l'augmentation du recours à la médication.

Le recours accru aux psychotropes peut masquer des problèmes psychosociaux plus profonds que des interventions non pharmacologiques pourraient mieux traiter. Le surdiagnostic et la surmédication sont donc des dangers réels, avec des conséquences potentiellement graves pour les patients. De ce fait, multiplier les professionnels habilités à poser des diagnostics sans garantir un accès accru aux soins pourrait exacerber ce problème.

4. La complexité de la dé-prescription et du dé-diagnostic

Une autre conséquence préoccupante de l'élargissement des compétences diagnostiques est l'augmentation probable des situations de révision des diagnostics et de correction des prescriptions par les psychiatres. Il est courant que les psychiatres interviennent pour ajuster des diagnostics ou déprescrire des médicaments jugés inappropriés.⁷ Cela peut créer une surcharge de travail et compliquer la relation thérapeutique avec les patients.

⁴ <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1152632/surmédication-médicaments-santé-mentale-consultations-rasmq-agidd>

⁵ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-eng.htm>; Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., & Lesage, A. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca>

⁶ Haec, C., Lefebvre, G., Lefebvre, P., & Merrigan, P. (2023). Surdiagnostic du TDAH au Québec: Impact de l'âge d'entrée à l'école, différences régionales et coûts sociaux et économiques (2023RP-08, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/DTDB7162>

⁷ Mouvement Alphas Connectés. (2019). *Plaidoyer pour la santé mentale des jeunes Québécois*. Association des Médecins Psychiatres du Québec.

Le fait de devoir constamment réévaluer les diagnostics et les prescriptions compromet l'efficacité du travail des psychiatres. En outre, cela peut nuire à la santé et à la confiance des patients, qui peuvent se retrouver déstabilisés par ces ajustements. Nous craignons une perte nette de productivité dans les soins de santé mentale des suites de cet élargissement.

Plutôt que d'élargir les compétences diagnostiques, il serait plus pertinent de renforcer le travail interprofessionnel et d'améliorer la coordination entre psychiatres et autres professionnels de la santé mentale. Si d'autres professionnels posent des diagnostics, ils doivent être imputables de leurs décisions, au même titre que les médecins. Sans cette responsabilité, il y aurait un problème de responsabilité populationnelle, car seuls les médecins, en tant qu'acteurs du système de santé public, sont responsables de la santé globale de la population.

Recommandations :

- Que l'accès aux soins de santé mentale ne soit plus donné en fonction d'un diagnostic, mais selon le portrait global fonctionnel de la personne
- Que l'élargissement de la capacité à diagnostiquer soit associé à un réinvestissement dans les soins en santé mentale ainsi qu'à une imputabilité de chaque professionnel relié au système public de santé et à la santé populationnelle d'un territoire.
- Que l'impact du projet de loi sur le surdiagnostic et la surmédication soit réévalué d'ici 2 à 5 ans sur la base d'indicateurs comme :
 - Nombre de prescriptions de psychotropes.
 - Nombre de demandes d'évaluation au mécanisme d'accès en santé mentale.

Conclusion

Le Projet de loi 67 soulève d'importantes préoccupations quant à son impact sur l'organisation et l'accès aux soins en santé mentale. Il est crucial de promouvoir une approche interdisciplinaire avec une imputabilité claire pour chaque professionnel, afin de garantir des soins complets et efficaces. Un réinvestissement dans les services de santé mentale et une évaluation rigoureuse des impacts sont également essentiels. Sans ces mesures, le projet pourrait aggraver le surdiagnostic, la surmédication et la surcharge du réseau de santé mentale.

Annexe

Cas de figure 1 : Jeune homme de 19 ans avec trouble anxieux

Un jeune homme de 19 ans reçoit un diagnostic de trouble anxieux de la part de son conseiller d'orientation. Ce conseiller le réfère en psychothérapie. N'ayant pas les moyens de payer une psychothérapie privée et n'ayant pas de médecin de famille, le jeune homme se tourne vers une clinique sans rendez-vous pour obtenir une pause dans ses études et une médication. Pourtant, la psychothérapie est le traitement de première intention pour un trouble anxieux léger à modéré, tout comme pour la dépression légère à modérée. Se mobiliser rapidement dans ses activités habituelles fait aussi partie du traitement et amène un rétablissement.

Une combinaison médication-psychothérapie est le traitement le plus efficace, pour la dépression modérée à sévère. Comme le promeut depuis quelques années, le MSSS avec le PQPTM (Programme québécois pour les troubles mentaux), l'autosoins est également un ajout pertinent pour tous types de problématiques de santé mentale.

L'autogestion, quant à elle, peut permettre de développer des outils qui vont permettre de valider l'expérience, d'être plus résilient et de partager avec d'autres sa réalité. Ce cas illustre le **risque de surmédication** dans un système où le diagnostic est dissocié d'un suivi thérapeutique approprié et où les patients n'ont pas accès aux soins qu'ils méritent.

Cas de figure 2 : Mère et enfant suspecté de TSA

Une mère consulte un psychologue pour son enfant de trois ans, suspecté de présenter un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le psychologue pose un diagnostic, ce qui permet à la famille d'ajuster un peu ses interventions et d'être validée. L'offre de cette clinique de psychologie s'inscrit dans une logique d'évaluation, ce qui existe déjà dans notre réseau.

La famille se trouve ensuite sur une liste d'attente de plusieurs années pour obtenir des services. Cela met en évidence le fait que **l'accès à un diagnostic ne garantit pas l'accès aux soins**, et que l'élargissement des compétences diagnostiques pourrait entraîner une perte de ressources pour les services spécialisés. Ce décalage entre l'évaluation et le traitement risque d'aggraver le manque d'amélioration concrète pour des enfants souffrant de troubles de santé mentale.

Il est plus exigeant pour les équipes d'organiser des suivis soutenant, empathiques et structurants pour les clientèles que de se limiter au seul exercice d'évaluation.

De plus, une famille qui voudrait poursuivre le suivi en clinique privée qui l'offrirait devrait déboursier des sommes importantes.