

MÉMOIRE
de
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC

Projet de loi n°21

**Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives
dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines**

Commission des institutions

Mai 2009

Table des matières

Préambule.....	p. 03
Point consensuel : Permis de psychothérapeute.....	p. 05
Champs d'exercice et activités réservées.....	p. 06
Point litigieux : Évaluer les troubles mentaux.....	p. 07
Champs d'exercice professionnel	p. 13
Activités réservées :	p. 15
Conclusion et recommandations	p. 21

Monsieur le Président

Monsieur le Ministre

Mesdames et messieurs les Parlementaires

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe près de mille cent (1100) médecins psychiatres qui lui ont donné, en plus de son mandat syndical, un mandat social pour faire reconnaître les maladies mentales (ou troubles mentaux) et les besoins des personnes avec des maladies mentales.

L'AMPQ collabore avec plusieurs ressources communautaires dont la Fondation des maladies mentales et Revivre. L'AMPQ accorde annuellement des prix à des intervenants, médecins, journalistes et à des organismes communautaires, tel le groupe MusiArt, qui se démarquent par leurs actions dans le domaine des maladies mentales. Son président, le docteur Brian G Bexton, collabore avec les médias et s'implique dans des reportages et enquêtes journalistiques dont une série télévisée sur les psychothérapies.

Les membres de l'AMPQ et son conseil d'administration approuvent en partie le projet de loi n°21 qui définit les champs d'exercice des différentes disciplines professionnelles du domaine de la santé mentale et de la relation d'aide, et qui enchâsse légalement les conditions de pratique de la psychothérapie.

L'adoption d'une telle loi par l'Assemblée nationale pourrait fournir à l'Office des professions du Québec et aux ordres professionnels de nouveaux outils pour assurer la protection de la santé des québécoises et québécois dans un domaine de la santé souvent mal connu et encore trop souvent banalisé ou stigmatisé. Cependant, cet objectif ne pourra être atteint que si la loi clarifie bien les champs d'exercice et les activités réservées à chacune des professions, en fonction des compétences de formation.

L'AMPQ ne s'était pas prévalu de son droit de parole lors des auditions de la commission parlementaire sur le projet de loi n°50 car le Collège des médecins du Québec (CMQ) lui avait assuré que le diagnostic des troubles mentaux demeurerait un acte médical et était régi par la loi médicale.

Or, depuis, il y a un mouvement d'interprétation du projet de loi dans le sens de permettre le diagnostic des troubles mentaux par des non-médecins, en particulier par des psychologues. De plus, le CMQ semble accepter ces prétentions au diagnostic.

C'est pourquoi l'AMPQ décide de prendre la plume et demande à être entendu, pour vous expliquer le risque de confusion et le risque de préjudice à la santé de certains articles du projet de loi. Dans ce mémoire, l'AMPQ souligne son appui particulier à certains articles du projet de loi, et ses réticences en regard de quelques autres, dont ceux reliés à l'évaluation des troubles mentaux.

L'article 11 du projet de loi n°21 définit l'encadrement légal de la pratique de la psychothérapie et est un outil majeur de ce projet de loi. Sa mise en application permettra de garantir une meilleure qualité des traitements psychothérapeutiques et de protéger les personnes qui, dans un état de vulnérabilité psychologique ou de détresse, s'adressent à un psychothérapeute. L'obligation d'une formation minimale et d'une mise à jour continue des connaissances et compétences pour avoir droit au titre de psychothérapeute est certainement un gage en ce sens.

Parmi les nouveaux articles proposés, l'AMPQ appuie tout particulièrement les règles à respecter dans l'exercice de la psychothérapie (L.R.Q., chapitre C-26, a 187.2).

Conseil consultatif interdisciplinaire

Ce conseil aura un rôle essentiel et il est de prime importance que sa composition lui confère crédibilité et autorité dans le domaine.

Recommandation 1

Nous vous suggérons d'inclure dans le texte de la loi, qu'au moins un des deux médecins siégeant au conseil consultatif interdisciplinaire soit un médecin psychiatre, qui comme tous les membres de ce conseil, devra avoir une expertise reconnue en psychothérapie.

Les médecins psychiatres sont spécialisés dans l'évaluation et le traitement des maladies mentales ou troubles mentaux. Ils ont complété une formation spécialisée de cinq ans en plus de leur formation médicale, formation qui inclut l'apprentissage de plusieurs techniques de psychothérapie. Ils ont l'obligation de maintenir leurs compétences par un programme de développement professionnel continu dont l'exigence telle qu'établie par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), est de quatre cent (400) heures de formation par cycle quinquennal.

La présence d'un médecin psychiatre au sein du conseil consultatif interdisciplinaire fournira à celui-ci une expertise au niveau de la formation des psychothérapeutes sur la psychopathologie et sur les psychothérapies adaptées au traitement des troubles mentaux.

Champs d'exercice et activités réservées

Un autre volet du projet de loi n°21 regroupe des articles qui modifient les champs d'exercice professionnel ainsi que les activités professionnelles pour lesquelles existe une réserve d'activité, en raison du risque de préjudice et ce, pour les professions de psychologue, de travailleur social, de thérapeute conjugal et familial, de conseiller d'orientation, de psychoéducateur, d'infirmier, d'orthophoniste, audiologiste et ergothérapeute.

Le Code des professions établit un lien entre les activités réservées d'une profession et son champ d'exercice professionnel (article 37), tel que spécifié à l'article 37.1 :

«Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer:».

L'actualisation des champs d'exercice des professions du domaine de la santé mentale suit de quelques années celle des professions du domaine de la santé physique révisées par la loi n°90. Or cette révision parallèle nous semble laisser place à une dichotomie santé physique/santé mentale alors que les connaissances scientifiques démontrent l'interdépendance de la santé physique et mentale et les assises biologiques des maladies dites mentales.

Point litigieux :	Évaluer les troubles mentaux
--------------------------	-------------------------------------

Le point particulièrement litigieux du projet de loi concerne le libellé d'une activité réservée *«évaluer les troubles mentaux»* qui est introduite par l'article 5 du projet de loi n°21 qui modifie l'article 37.1 du Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26) ainsi que par l'article 14 qui modifie l'article 36 de la loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8). Les articles modifiés listent les activités réservées à chacune des professions de psychologue (1.2 b)), de conseiller d'orientation (1.3.1 b)), et d'infirmier (3° ajout du paragraphe 16°).

Évaluer les troubles mentaux : activité à risque de préjudice

Évaluer les troubles mentaux est à risque de préjudice parce que :

- la personne malade qui en souffre est en état de grande vulnérabilité ou même de désorganisation voire de dangerosité,
- le pronostic de rétablissement est inversement proportionnel au délai de traitement adéquat, en raison de l'effet délétère appelé «neurotoxicité» des maladies mentales sur les neurones,
- il y a risque de préjudice psychologique et social pour la personne évaluée et sa famille compte tenu de la stigmatisation et de la discrimination des malades mentaux.

Ainsi, si un professionnel sans formation médicale conclut à un trouble envahissant du développement alors que l'enfant souffre d'un grave trouble déficitaire de l'attention ou d'une dysphasie, ou s'il conclut à un trouble anxieux ou obsessionnel alors que la personne souffre de psychose, ou même s'il conclut à une dépression alors qu'il s'agit d'un cancer de la glande thyroïde, les conséquences sont majeures tant en termes de délai à recevoir le traitement adéquat, qu'en termes d'impact familial, d'échec scolaire ou de perte d'emploi, de détérioration de la santé voire de décès, ainsi que de détresse, voire de suicide ou d'homicide.

Évaluer les troubles mentaux : les diagnostiquer?

Le libellé «évaluer les troubles mentaux» pourrait être confondu avec l'activité réservée aux médecins de diagnostiquer les troubles mentaux. Comme le stipule l'article 31 de la loi médicale suite à l'adoption de la loi 90, l'activité «diagnostiquer les maladies» est réservée aux seuls médecins (L.R.Q., chapitre M-9, a.31). Or les troubles mentaux sont des maladies au même titre que les maladies physiques.

Par ce libellé, la loi veut-elle permettre le diagnostic des troubles mentaux par des non-médecins?

Tel que mentionné précédemment, le Code des professions limite les activités, dont les évaluations, au champ d'exercice de chacune des professions. Mais les articles 5 et 14 du projet de loi n°21 introduisent le libellé «évaluer les troubles mentaux» sans autre précision. Pourtant toutes les autres activités réservées sont libellées avec un contexte «évaluer une personne dans le cadre de...» ou avec un but «évaluer un enfant...dans le but de...» ou avec un qualificatif «l'évaluation psychosociale», ce qui permet de les relier au champ d'exercice professionnel spécifique. Le risque de confusion avec l'activité «diagnostiquer les troubles mentaux» est plus élevé lorsque le cadre d'application de l'évaluation n'est pas défini ou limité.

Le docteur Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec, écrivait à ce sujet :

«L'instauration de la Loi 90 va dans ce sens. D'une part, la loi ne fait que reconnaître officiellement ce qui se faisait en coulisses dans plusieurs milieux; d'autre part, le médecin demeure et demeurera l'expert du diagnostic et du traitement. En ce sens, l'Article 31 de la Loi médicale ne peut être plus clair : l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.» *Le Collège, vol XLIII, no 3 p 5.*

Le champ d'exercice de chaque profession est défini par l'article 4 qui modifie l'article 37 du Code des professions. Celui des psychologues se lit comme suit

«...évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.»

Celui des conseillers d'orientation se lit comme suit :

«...évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement»

et celui des infirmières et infirmiers se lit comme suit :

«...à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.»

La loi médicale définit le champ d'exercice des médecins comme suit :

«...à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.»

Le champ d'exercice des psychologues et des conseillers d'orientation est circonscrit au fonctionnement psychologique, celui des infirmiers et des médecins, à la santé. Soulignons au passage que seuls les infirmiers et les médecins possèdent une formation en santé physique et mentale.

Évaluer les troubles mentaux :	complexité de la tâche
---------------------------------------	-------------------------------

Or, «évaluer les troubles mentaux» ne se limite pas à identifier une liste de symptômes correspondant à un diagnostic du «Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM) mais à identifier l'ensemble des symptômes présents, à constater l'absence de certains autres signes et symptômes de maladies, à vérifier la présence ou l'absence de maladies physiques sous-jacentes ou concomitantes et à analyser l'influence de celles-ci sur l'état de santé. C'est un diagnostic d'inclusion et d'exclusion de symptômes physiques et mentaux qui implique des connaissances et des compétences médicales en plus des connaissances du fonctionnement psychologique et social de la personne évaluée.

La classification de référence «DSM» est d'abord un outil de standardisation pour la recherche. Il est utilisé en clinique, comme un langage partagé pour décrire un diagnostic, comme une balise, mais il n'est pas une contrainte et ne remplace pas les compétences et le jugement clinique.

Le DSM est un système global qui intègre les dimensions bio-psycho-sociales des diagnostics de maladies mentales et autres conditions cliniques. Il est composé de cinq axes, soit :

Axe I qui réfère aux syndromes cliniques, psychopathologies et autres conditions cliniques,

Axe II qui réfère aux troubles développementaux et aux limites cognitives ainsi qu'aux troubles de la personnalité,

Axe III qui réfère aux affections médicales qui jouent un rôle dans le développement, le maintien ou l'exacerbation d'un trouble des axes I et II,

Axe IV qui réfère à la sévérité des facteurs psychosociaux et environnementaux ayant un impact sur les troubles notés aux axes I et II,

Axe V qui précise le plus haut niveau de fonctionnement de la personne évaluée dans l'année précédente et son niveau de fonctionnement au moment de l'évaluation à l'aide de l'échelle globale de fonctionnement cotée sur 100.

Les affirmations à l'effet que le diagnostic de trouble mental établi selon les cinq (5) axes du DSM n'a de médical que l'axe III soulignent la méconnaissance de ce système multiaxial qui vise à intégrer les paramètres physiques, psychiques et sociaux des troubles mentaux. En effet pour chacun des troubles mentaux de l'axe I et pour plusieurs de l'axe II, il y a un critère qui spécifie que doivent être

exclus toute affection médicale ou tout usage de substance pouvant expliquer en tout ou en partie les symptômes.

La compétence des psychologues, des infirmiers et des conseillers d'orientation dans leur champ d'exercice professionnel n'est pas en cause. Toutefois lorsque ces professionnels diagnostiquent des troubles mentaux, il y a un risque de préjudice certain puisqu'ils n'ont pas la compétence pour identifier les affections médicales qui font partie du diagnostic différentiel des troubles mentaux.

La loi ne doit pas laisser penser que l'évaluation et le jugement clinique faits par l'un de ces professionnels est suffisant pour évaluer voire diagnostiquer un trouble mental car leur évaluation est incomplète. Or, la démarche diagnostique doit être complète sinon il y aura un manque au niveau de la qualité du diagnostic et par conséquence au niveau du traitement.

Champs d'exercice professionnel

Le projet de loi aurait avantage à mieux définir les activités réservées en lien avec le champ d'exercice professionnel.

Celui des psychologues est plus confondant parce que le projet de loi y introduit l'expression «fonctionnement mental» alors que le champ d'exercice actuel et le code de déontologie se limitent au fonctionnement psychologique et neuropsychologique et au diagnostic psychologique.

Actuellement, l'article 37 e) du Code des professions se lit comme suit :

«e) l'Ordre professionnel des psychologues du Québec: fournir au public des services professionnels dans lesquels sont appliqués les principes et les méthodes de la psychologie scientifique; notamment, pratiquer la consultation et l'entrevue, utiliser et interpréter les tests standardisés des capacités mentales, d'aptitudes et de personnalité pour fins de classification et d'évaluation psychologiques et recourir à des techniques psychologiques pour fins d'orientation, de rééducation et de réadaptation;»

Par ailleurs, l'article 87 du Code des professions, qui définit le code de déontologie des psychologues, a été modifié et est en vigueur depuis le 21 août 2008. L'article 38 de ce code de déontologie se lit comme suit :

«38. Le psychologue n'établit un diagnostic psychologique à l'égard de son client et ne donne des avis et conseils à ce dernier que s'il possède l'information professionnelle et scientifique suffisante pour le faire.»

La proposition du projet de loi actuel se lit :

«évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement;».

Le projet de loi introduit une notion confondante dans la nouvelle définition du champ d'exerce professionnel des psychologues soit «le fonctionnement psychologique et mental». Le qualificatif «mental» a été ajouté alors qu'il n'était pas dans la définition précédente sauf dans l'expression «capacités mentales» qui réfère usuellement aux

dans l'expression «capacités mentales» qui réfère usuellement aux capacités cognitives et à ce qu'on appelle aujourd'hui le fonctionnement neuropsychologique d'une personne. Or, l'ajout du qualificatif mental introduit un glissement, une confusion, car il réfère de longue date aux maladies mentales ou troubles mentaux.

Le champ d'exercice serait plus clairement défini s'il était conforme à la réalité de la loi 90 et du code de déontologie qui spécifie «diagnostic psychologique» et non pas mental.

Recommandation 2

Nous suggérons de supprimer «et mental» après «évaluer le fonctionnement psychologique» dans le paragraphe e) de la modification du champ d'exercice des psychologues par l'article 4 alinéa 2°.

Activités réservées

Le libellé de l'activité réservée à chacune des professions dans le domaine de l'évaluation des troubles mentaux doit être précisé pour éviter cette confusion avec «diagnostiquer les troubles mentaux» qui est une activité réservée aux médecins.

Recommandation 3

Nous proposons de remplacer «évaluer les troubles mentaux» par : «Évaluer le fonctionnement psychologique d'une personne» dans le cas des psychologues et des conseillers d'orientation détenant la formation requise en vertu du paragraphe o) de l'article 94.

Compte tenu que la liste des activités réservées décrite à l'article 36 de la loi des infirmiers et des infirmières inclut en «1°évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique», nous croyons qu'«évaluer les troubles mentaux» n'ajoute rien d'autre que de la confusion.

Recommandation 4

Nous proposons de supprimer «évaluer les troubles mentaux» dans le paragraphe 16° modifié par l'article 14 alinéa 3° décrivant l'activité réservée aux infirmières et infirmiers.

L'interdisciplinarité ne pourra qu'être plus fonctionnelle si les rôles et les fonctions sont clairs et que le psychologue et le conseiller d'orientation autorisé établissent un diagnostic psychologique et que l'infirmier établit un diagnostic infirmier relatif à l'état de santé d'une personne.

Bien que l'AMPQ considère que le diagnostic des maladies mentales ou troubles mentaux doit être réservé aux médecins, elle ne prétend pas que toutes les personnes qui sont évaluées par un psychologue, un conseiller d'orientation ou un infirmier doivent être sous les soins d'un médecin. Plusieurs personnes consultent pour des problèmes personnels ou professionnels qui n'ont pas l'ampleur d'un trouble mental et les professionnels consultés offrent de bons services.

Mais lorsqu'un trouble mental est soupçonné, la personne doit être évaluée par un médecin pour qu'un diagnostic médical vienne conclure à la présence ou non d'une maladie ou trouble mental. Même pour le diagnostic des troubles mentaux fréquents comme une dépression ou un trouble anxieux, un médecin doit examiner cette personne, procéder à un bilan biologique (des prises de sang, un électroencéphalogramme ou une résonance magnétique... selon le besoin) pour éliminer un problème de santé tel un problème thyroïdien, une mononucléose, une arythmie cardiaque...ou même un cancer, selon la situation clinique de cette personne. Alors seulement le médecin pourra conclure au diagnostic de trouble mental.

Dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, cette investigation est d'autant plus requise que le développement implique des facteurs génétiques, métaboliques, endocriniens et neurologiques, en plus des facteurs psychosociaux, qui peuvent interférer avec le fonctionnement du système nerveux central et un développement harmonieux. Il ne suffit donc pas d'identifier des symptômes, il faut pouvoir les investiguer et les analyser afin de conclure le plus

pouvoir les investiguer et les analyser afin de conclure le plus justement possible sur la nature du trouble qui les cause et y remédier dans tous les cas possibles.

C'est pourquoi l'activité réservée :

«évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ces besoins»

ne doit pas être interprétée comme une évaluation diagnostique, bien que cette évaluation soit pertinente en regard de la nécessité d'évaluer le développement de l'enfant. L'évaluation dont il est question a pour but de planifier des activités de stimulation du développement, de réduire des déficits développementaux. Mais cette évaluation n'est pas complète sans une évaluation médicale de l'enfant pour diagnostiquer le trouble ou la maladie qui cause ce trouble du développement sans quoi, des encéphalopathies d'origines diverses ne seront ni identifiées ni traitées et le pronostic de cet enfant risquera de s'assombrir.

En regard de cette problématique des enfants avec un retard ou un trouble du développement, l'AMPQ croit que l'adaptation des critères d'admission des centres de réadaptation sera nécessaire sans quoi cet ajout à la loi n'aura aucun impact. Les centres de réadaptation devront permettre que, sur la base d'un diagnostic psychologique, orthophonique, ou d'une autre profession qui soupçonne un trouble ou un retard du développement, un enfant d'âge préscolaire soit

admissible à un programme de stimulation ou de réadaptation précoce.

Ce n'est pas par la modification des activités réservées que seront résolus les délais d'attente, mais par la modification des critères d'accès aux services, par l'octroi de ressources suffisantes pour permettre le travail en équipe multidisciplinaire et par le respect des compétences et du champ d'exercice professionnel de chacun.

À titre d'exemple, les délais d'attente pour les programmes de stimulation précoce des enfants avec suspicion de trouble envahissant du développement (TED) tel l'autisme sont cités pour revendiquer que le diagnostic d'autisme puisse être posé par les psychologues. Or, ces délais d'attente sont clairement dus aux critères d'admission des centres de réadaptation, qui exigent non seulement que le diagnostic de TED soit posé par un médecin mais aussi qu'il le soit par un pédopsychiatre après qu'il ait fait évaluer l'enfant par une équipe multidisciplinaire et que cet enfant ait un test «Autism diagnosis observation schedule» (ADOS) positif. Si ces exigences ne sont pas respectées, les centres de réadaptation refusent non seulement le diagnostic médical de TED mais surtout ils refusent la stimulation précoce pour cet enfant. Or, ce dont un enfant suspecté de difficultés de développement a besoin, c'est de stimulation précoce et non pas d'une évaluation multidisciplinaire complète pour fin de diagnostic. Par contre, il est impératif que cet enfant soit évalué au niveau médical, ce qui peut se faire en parallèle

par un médecin qu'il soit médecin de famille, pédiatre, neurologue ou psychiatre.

L'évaluation psychiatrique avec diagnostic final ne presse pas et ne sera que plus juste si elle tient compte de l'évolution de l'enfant avec la stimulation. De plus, le diagnostic par un psychiatre ou un pédopsychiatre ne sera utile que dans les cas de diagnostic ambigu et pour le diagnostic et le traitement des troubles mentaux associés au trouble du développement qui interfèrent avec le fonctionnement.

La loi n°21 n'augmentera pas directement l'accès aux services mais, en dépit des points négatifs que nous soulignons, l'AMPQ croit que, par son effort de clarification des activités des divers professionnels, elle facilitera le travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire souvent requis dans le domaine de la santé mentale et quasi toujours requis dans celui des troubles mentaux. Cet effet ne pourra qu'être bénéfique pour la qualité des services et donc pour le bien-être de la population.

Conclusion

En résumé, le projet de loi n°21 est un bon projet de loi, en particulier en regard du contrôle de qualité pour l'obtention d'un permis de psychothérapeute mais il doit être bonifié en regard de l'évaluation des troubles mentaux qui doit demeurer de l'ordre du diagnostic médical. Si le libellé de la loi permet le diagnostic des maladies mentales par des non-médecins, il y a un risque important de préjudice. Le diagnostic des troubles mentaux nécessite des connaissances médicales et le projet de loi doit être corrigé pour clarifier cet aspect.

Permis de psychothérapeute

L'AMPQ propose une modification du projet de loi pour bonifier la composition du comité consultatif interdisciplinaire.

Recommandation 1

modifier l'article 11 en ajoutant après «deux médecins, dont le vice-président du conseil» à l'article 187.5.2 paragraphe 2° sur la composition du conseil consultatif interdisciplinaire «et dont au moins un est psychiatre,»

Champs d'exercice professionnel et activités réservées

L'AMPQ croit nécessaire de suggérer les modifications suivantes au projet de loi pour diminuer le risque de préjudice à la santé :

Recommandation 2

supprimer «et mental» après «évaluer le fonctionnement psychologique» dans le paragraphe e) de la modification du champ d'exercice des psychologues par l'article 4 alinéa 2°.

Recommandation 3

remplacer «évaluer les troubles mentaux» par : «évaluer le fonctionnement psychologique d'une personne» dans le cas des psychologues et des conseillers d'orientation détenant la formation requise en vertu du paragraphe o) de l'article 94.

Recommandation 4

supprimer «évaluer les troubles mentaux» dans le paragraphe 16° modifié par l'article 14 alinéa 3° décrivant l'activité réservée aux infirmières et infirmiers.

Ces quelques changements au projet de loi permettraient une meilleure protection de la santé publique et une qualité de services aux personnes souffrant de problèmes psychologiques et de maladies mentales. Ainsi l'accessibilité compétente aux services serait mieux garantie.

L'AMPQ et l'ensemble des psychiatres du Québec pourraient alors se réjouir, pour les patients, enfants et adultes, et pour toute la population québécoise, de l'adoption de cette loi. Vous remerciant, en leur nom, pour votre travail et votre réflexion,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. Bexton'.

Brian G. Bexton. M.D., FRCPC
Président de l'AMPQ

Pièces jointes

1. *«Commentaires sur le rapport du comité d'experts»*, AMPQ 2007.
2. *«Position de l'AMPQ : Diagnostic médical par des non-médecins»*, Journal de l'AMPQ, septembre 2008, vol 12 n°1, pp.13-14.
3. Lettre des docteurs Dominique Cousineau, Laurent Mottron et Sylvain Palardy, adressée au ministre de la Justice et au ministre de la Santé et des Services sociaux, 6 juin 2008.

2, Complexe Desjardins
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal QC H5B 1G8

Téléphone : 514 350-5128
Télécopie : 514 350-5198
Courriel : ampq@fmsq.org

ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC

Commentaires sur le rapport du comité d'experts : «Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines»

En 2000, l'office des professions du Québec entreprenait des travaux pour moderniser les champs d'exercice des professions liées à la santé. En 2002, il y eut l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions pour concrétiser cette modernisation des pratiques pour les intervenants en santé physique. En 2004, l'Office a confié la poursuite des travaux dans le domaine de la santé mentale à un comité d'experts dont le mandat était de mettre à jour les champs d'exercice des professions concernées, d'identifier les activités réservées, de recommander l'inclusion de certains groupes et de définir l'encadrement de la psychothérapie.

Le comité d'experts a adopté des principes pour guider ses travaux dont : la protection du public, le droit à la santé et à des services de qualité, l'interdisciplinarité et l'accessibilité compétente. Le comité a cherché à actualiser les champs d'exercice afin qu'ils reflètent les soins et services dispensés à la population et deux critères ont guidé l'identification des activités à être réservées soit le risque de préjudice et la formation liée au degré de complexité des activités.

Il appert que le comité définit les champs d'exercice professionnel non pas en regard de la pratique actuelle mais en les harmonisant avec le Plan d'action en santé mentale. Ainsi le comité spécifie que le champ d'exercice de la médecine est «évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, prévenir et traiter les maladies» et que «diagnostiquer les maladies» est une activité réservée au médecin. Or le comité poursuit en affirmant que le psychologue «identifie et traite le trouble mental», que «l'infirmière détient l'expertise pour évaluer la condition de santé physique et mentale» et souligne à quel point cette modernisation de leur champ d'exercice professionnel sera utile en première ligne et là où il y a pénurie de médecins. Le comité ne donne aucune définition de la médecine spécialisée qu'est la psychiatrie ni un regard sur l'exercice professionnel usuel des psychiatres. Ce manque de mention malgré une reconnaissance des activités déjà réservées par la loi aux médecins risque de créer une confusion en ne délimitant pas les niveaux de compétence requis pour les champs d'exercices professionnels particuliers auxquels le document entend s'adresser.

Le comité affirme référer au contenu actuel de la Loi en ce qui concerne le «diagnostic» de maladies; il explique que «le diagnostic est l'évaluation

médicale qui peut requérir un examen complet de l'ensemble des organes, appareils et systèmes du corps humain» et que c'est une activité réservée au médecin. Cette définition s'applique à la médecine physique mais très peu à la pratique en santé mentale, objet de l'étude de ce comité. Or le comité ajoute que c'est cette définition du diagnostic médical qui le distingue de l'évaluation des autres professionnels définie comme : «L'évaluation est le jugement clinique qui s'inscrit dans la finalité des champs d'exercice respectifs de chacune des professions».

Nous ne croyons pas que ces définitions reflètent l'exercice et les compétences des professionnels oeuvrant en santé mentale et nous craignons qu'elles engendrent une confusion importante. Le comité harmonise des champs d'exercices professionnels et réserve des activités non pas sur la base des pratiques actuelles mais sur des orientations théoriques d'un plan d'action qui n'a pas passé le test de son implantation et sur la base de nouvelles compétences que les ordres professionnels dont celui des infirmières sont à bâtir. Actuellement ces compétences sont rarissimes. Par contre le comité semble ignorer d'une part, l'exercice professionnel des médecins psychiatres lequel est centré sur l'évaluation, le diagnostic et le traitement des maladies mentales et d'autre part, l'activité d'évaluation de l'état mental qu'il fait à chacune des rencontres avec un patient. Il est étonnant qu'à l'intérieur d'un document portant sur la pratique professionnelle en santé mentale, il ne soit fait mention qu'une seule fois des médecins psychiatres soit en page 93 en lien avec leur formation en psychothérapie.

Or porter un jugement sur l'état mental d'une personne est à risque de préjudices et les professionnels autorisés à le faire doivent avoir la formation et les compétences nécessaires. Diagnostiquer une maladie ou un trouble mental n'est pas qu'un acte légal c'est d'abord un acte clinique et parfois vital qui permet d'évaluer l'état, les besoins, les limites et les risques liés à l'état de santé mentale d'une personne. Or actuellement les psychologues et les infirmières n'ont pas acquis ces compétences dans leur formation de base. Il semble risqué de définir aussi largement leur champ d'exercice et surtout d'identifier des activités réservées sans les limiter aux psychologues et infirmières ayant poursuivi une formation supplémentaire.

Dans le chapitre sur les actes réservés, le comité liste dix-neuf (19) activités réservées mais omet plusieurs activités réservées aux médecins tel que : prescrire les médicaments, évaluer l'aptitude à comparaître et la responsabilité criminelle, déterminer l'invalidité au travail, évaluer la dangerosité, prescrire la garde en établissement ou y mettre fin et d'autres. De plus, si on réfère au tableau de la page 8 du Sommaire du rapport, le comité semble exclure le médecin de pour plusieurs aspects de l'évaluation des personnes atteintes d'un trouble mental, de leur condition physique et mentale et semble les réserver à

d'autres professionnels. Or les médecins psychiatres font régulièrement ces activités. (voir activités 2, 3, 4, 5, 9, 14, 15, 16). Si les activités réservées sont appliquées tel que proposées dans ce rapport, les systèmes publics de santé et de justice seront paralysés.

L'AMPQ a donc plusieurs réticences en regard des conclusions du comité sur les champs d'exercice professionnel et les activités réservées. Par contre nous sommes d'accord pour l'intégration des criminologues, sexologues et techniciens en travail social. Nous comprenons moins bien l'exclusion des éducateurs spécialisés.

Enfin nous appuyons l'ensemble des mesures d'encadrement de la pratique de la psychothérapie mais nous trouvons insuffisant le requis en terme de pratique supervisée lors de la période d'apprentissage. L'obligation de formation continue est essentielle et elle est déjà requise par le Collège des médecins du Québec et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour les médecins psychiatres comme pour tous les médecins.

Position de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ)

Septembre 2008

DIAGNOSTIC MÉDICAL PAR DES NON-MÉDECINS

Le 12 juin 2008, paraissait dans le quotidien *La Presse* un article réclamant le droit de diagnostiquer l'autisme par les psychologues du Québec. Le conseil d'administration de l'AMPQ a mandaté un comité ad hoc afin d'étudier la question et d'élaborer une position associative sur ce sujet précis et celui plus large des diagnostics médicaux posés par des non-médecins. Cette position fut adoptée par le conseil d'administration de l'AMPQ, le 18 septembre 2008.

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) est interpellée par les articles parus dans les journaux *La Presse* sous la plume de madame Arianne Lacoursière qui s'intitulait «*Les psychologues du Québec veulent diagnostiquer l'autisme*» et dans *Le Devoir* sous la plume de madame Louise-Maude Rioux-Sioui. Dans un de ces articles, madame Katherine Moxness, Ph.D. en psychologie, fait valoir que les psychologues possédant un doctorat et spécialisés en autisme devraient avoir le droit de poser le diagnostic d'autisme, et elle demande que soit modifié le Code des professions pour le permettre et ainsi suivre le mouvement de certains provinces et pays qui entérinent cette pratique.

Commentaire général

Le terme «diagnostic» est utilisé de façon large dans la société : diagnostic médical, infirmier, psychologique, chiropratique, informatique, financier, organisationnel, météorologique, etc. Cette généralisation du terme «diagnostic» entraîne de la confusion dans le domaine de la santé et cette confusion est double lorsque le professionnel qui diagnostique porte le titre de «docteur», terme dont l'utilisation générale dans notre société désigne un médecin, mais qui dans ce cas réfère au doctorat, par exemple en psychologie et non pas en médecine. Il est donc plus précis de soulever l'enjeu des «diagnostics médicaux posés par des non-médecins».

Le projet de Loi 50 ne concerne pas le champ d'exercice de la médecine, qui a été révisé en 2002 lors de la première partie de la révision du Code des professions du domaine de la santé (Projet de Loi 90 sanctionné le 14 juin 2002 et entré en vigueur en 2003). L'Article 17 du projet de Loi 90 confirme le champ d'exercice de la médecine et les activités réservées aux seuls médecins, dont «1° diagnostiquer les maladies» (rf a31 de la Loi médicale). Le président du Collège des médecins, le docteur Yves Lamontagne, écrivait dans un article intitulé «*Les activités partageables : une évolution, pas une révolution*» *Le Collège*, vol X LIII, no 3 p 5 :

«L'instauration de la Loi 90 va dans ce sens. D'une part, la loi ne fait que reconnaître officiellement ce qui se faisait en coulisses dans plusieurs milieux; d'autre part, le médecin demeure et demeurera l'expert du diagnostic et du traitement. En ce sens, l'Article 31 de la Loi médicale ne peut être plus clair : l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.»

Le rapport Trudeau, qui a balisé le contenu du projet de Loi 50, spécifiait clairement ce préalable juridique. Le projet de Loi 50 spécifie les champs d'exercice de chaque profession concernée et spécifie les actes réservés à chacune; en aucun cas ne lit-on l'acte «diagnostiquer», mais bien l'acte «évaluer une personne». Ce choix repose sur le risque de préjudice en cas de diagnostic erroné posé par un professionnel qui n'a pas les compétences de cet acte. Or au Québec, comme dans d'autres provinces et pays, seuls les médecins ont les compétences requises pour investiguer, infirmer ou confirmer les diagnostics de maladies physiques et mentales.

Domaine des maladies mentales

Spécifions immédiatement que ce n'est pas parce qu'une maladie est dite mentale ou psychiatrique qu'elle n'est pas physique, le cerveau avec ses connexions étant une partie très interactionnelle du corps. Il ne suffit pas de reconnaître des symptômes de maladie, il faut investiguer les paramètres physiques, génétiques, développementaux, hormonaux, ... affectifs cognitifs et psychosociaux avant de statuer sur la nature de la maladie. Le diagnostic de maladie mentale implique de s'assurer que les symptômes ne s'expliquent pas par une maladie physique ou par une substance.

Or il semble que le diagnostic médical par des non-médecins ait été autorisé dans certains pays lors de pénuries de médecins, lesquelles engendraient des délais de traitement inacceptables ou même une absence de traitement. C'est ainsi que certains états américains permettent la prescription de médicaments psychotropes par des psychologues et que sont autorisés des évaluations et traitements par des infirmières avec formation supplémentaire aux États-Unis et en Australie.

Comme le travail multidisciplinaire en équipes spécialisées rehausse la qualité des services et la compétence de l'ensemble des professionnels, incluant les médecins, plusieurs intervenants (infirmières, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, ergo-

Suite ➡

thérapeutes, psychologues, physiothérapeutes, etc.) pourraient donner des avis sur divers diagnostics médicaux (troubles mentaux, troubles musculo-squelettiques, troubles neurologiques, et autres maladies fréquentes en soins intensifs et réadaptation, etc.) dans un contexte de pénurie de médecins et d'urgence relative. Toutefois nous pensons que de créer des exceptions pour poser des diagnostics médicaux spécifiques par des non-médecins ayant une formation supplémentaire n'est pas une solution aux pénuries d'effectifs médicaux. De plus, de telles exceptions devraient s'étendre à tellement de professionnels que la gérance en serait pratiquement impossible et que le risque de préjudice à la population serait inacceptable.

Nous croyons que les médecins, par leurs formations médicales communes (anatomie, physiologie, pathologie, pharmacologie, etc.) et leurs formations spécifiques (médecine, chirurgie, psychiatrie) et parfois ultra spécifiques (neurochirurgie, pédopsychiatrie, par exemple) sont les professionnels indispensables pour diagnostiquer les maladies physiques et mentales et que l'acte «diagnostic» doit demeurer «réservé» aux seuls professionnels qui ont cette compétence : les médecins. Il ne s'agit pas de corporatisme mais de protection du public. Il ne suffit pas d'identifier des symptômes, il faut pouvoir les investiguer et les analyser afin d'éliminer des maladies, d'identifier la plus probable et de conclure sur un diagnostic et sur le traitement qui en découle.

En lien avec l'autisme et les troubles apparentés

L'autisme et les troubles envahissants du développement sont des maladies et à ce titre leur diagnostic est du domaine médical. Ceci n'empêche pas les psychologues d'évaluer et de suspecter l'autisme et les autres troubles du développement, au même titre que d'autres pathologies anxieuses ou affectives. Mais un médecin doit s'assurer de la nature précise

de la pathologie du développement qui génère les symptômes autistiques, faire les investigations requises et prescrire les traitements requis.

Ce processus du diagnostic des troubles du développement est à distinguer de la question de l'accès aux services du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du développement (CRDI), en particulier de l'accès aux programmes de stimulation précoce. Par définition le programme de stimulation précoce s'adresse à de jeunes enfants et vise à stimuler tout leur potentiel de développement. Les critères administratifs d'accès à ces services de stimulation pourraient être modifiés afin de permettre l'accès à ces programmes à tout enfant pour lequel un médecin (omnipraticien, pédiatre ou autre) suspecte un trouble ou retard du développement sur une base clinique, lequel est corroboré par une évaluation en équipe multidisciplinaire, qui pourrait relever du CRDI, des services de pédiatrie ou des équipes de premières lignes. L'investigation physique et le diagnostic pourraient être finalisés ultérieurement mais avant la période scolaire afin de permettre à ces jeunes les services d'adaptation scolaire requis.

Les enfants n'auraient plus à faire une double attente, si les services d'évaluation et de stimulation étaient fournis par le CRDI. De plus le CRDI serait en mesure d'évaluer la pertinence du type et de l'intensité de la stimulation fournie non seulement avant de l'offrir mais au cours de la stimulation et pourrait ainsi la réviser et l'adapter aux besoins de chaque enfant, qu'il présente un retard ou un trouble du développement.

Donc il n'y a pas lieu de modifier les lois qui spécifient les champs d'exercice et les activités réservées aux différentes professions au Québec, et en particulier l'acte de «diagnostic». Il suffit de modifier les critères administratifs d'accès aux services du CRDI.

Montréal, le 6 juin 2008

Monsieur Jacques P. Dupuis,
Ministère de la Justice, responsable de l'application
des lois professionnelles
Édifice Louis-Philippe Pigeon,
1200 route de l'Église,
9^e étage,
Québec (Québec) G1V 4M1

Et

Docteur Philippe Couillard,
Ministre
Ministère de la Santé et des services sociaux
1075 Chemin St Foy
15^e étage,
Québec (Québec) G1S 2M1

Référence : Amendements à la loi 50 – Effets négatifs importants

En tant que cliniciens experts en évaluation d'enfants présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED) ou Troubles du Spectre Autistique (TSA) et autres troubles développementaux complexes, nous avons pris connaissance avec grand intérêt du projet de loi 50 modifiant le Code des professions. Nous avons également parcouru les différents mémoires issus des consultations sur ce projet, tout particulièrement celui de la Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation en Déficience Intellectuelle.

Nous aimerions faire contrepoids à l'argumentaire de certains groupes d'intervenants qui demandent au législateur d'ajouter aux amendements à la loi une disposition à autoriser le psychologue à émettre un «diagnostic psychologique» et de prescrire des thérapies non pharmacologiques. Cet amendement viserait entre autres la clientèle d'enfants chez qui un TSA est soupçonné. Notre vaste expérience auprès de cette clientèle nous amène à vous énoncer les dangers inhérents à une telle ouverture vers la possibilité donnée à un professionnel, qu'il soit psychologue ou autre, de poser un

diagnostic aussi complexe et sévère que celui d'un TSA avec comme seule perspective celle de sa profession, c'est-à-dire sans une concertation interdisciplinaire.

1-Le risque de surdiagnostic des TSA :

Ce risque est particulièrement présent dans la catégorie d'enfants chez qui l'atteinte est plus légère (TEDNS) et dont le diagnostic repose essentiellement sur le jugement clinique et l'expertise du clinicien. En effet, pour ces enfants moins typiques, les outils standardisés (ADI-ADOS), de l'avis même des chercheurs qui les ont développés, ont tendance à les surinclure dans le spectre autistique. (Lord et al. (2006). L'augmentation de l'incidence des TED est avant tout celle de cette catégorie, les TEDNS (qui forment les 2/3 des TED). Seule la connaissance approfondie du diagnostic différentiel des troubles complexes du développement, des troubles neurologiques et psychiatriques et le travail interdisciplinaire permettent de contrebalancer cette sur inclusion.

Nous affirmons que la possibilité de poser des diagnostics d'autisme par les psychologues seuls se traduira par un usage abusif de ces outils standardisés, qui sont non satisfaisants en termes de spécificité (même pour l'autisme, ils surincluent d'au moins 15 %). Le résultat de cette mesure serait donc une augmentation du nombre de diagnostics, et donc un engorgement supplémentaire des listes d'attente en réadaptation. De plus, dans le cas d'un diagnostic erroné ou incomplet, si l'enfant doit être redirigé pour une réévaluation et des services adaptés à ses besoins spécifiques, il risque fort d'être confronté à de l'attente supplémentaire. Nous sommes aussi très inquiets des répercussions négatives qu'un faux diagnostic de TSA aura sur les enfants et leurs familles.

Nous portons à votre attention les recommandations formulées dans un document publié en 2008 par la Fondation Miriam (Guide des pratiques exemplaires Canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre autistique chez les enfants en bas âge), ainsi que dans les guides des meilleures pratiques américaine et anglaise dont nous donnons des exemples en annexe. Les pratiques exemplaires décrites dans ces documents ont été tirées de la littérature scientifique et ont fait l'objet d'un consensus d'experts chercheurs canadiens en Troubles du Spectre Autistique (TSA). On peut lire en page 44 du document de la Fondation Miriam « Les équipes interdisciplinaires sont préférables à l'approche du praticien seul » et en page 58 « Une approche d'équipe interdisciplinaire est recommandée pour établir un diagnostic différentiel rigoureux. Un examen médical complet est nécessaire afin de déterminer la présence de troubles de santé concomitants. Une consultation psychiatrique peut-être nécessaire pour exclure les autres troubles d'ordre psychiatrique, émotionnel ou comportemental et enfin, l'équipe devrait comparer et opposer les résultats afin de parvenir à une décision diagnostique intégrée. »

2-Le risque de sous diagnostic des conditions médicales et/ou comorbidités:

Quinze pour cent (15 %) des phénotypes autistiques présentent une association avec des conditions génétiques et/ou neurologiques. Aussi, plusieurs troubles neuro-développementaux non autistiques cotent positifs aux outils standardisés pour le diagnostic de l'autisme. L'évaluation d'un enfant chez qui on suspecte un TSA doit inclure une connaissance approfondie du diagnostic différentiel et des signes d'appels orientant vers d'autres conditions médicales et psychiatriques qui miment ou incluent un tableau autistique. Comment cette évaluation diagnostique différentielle sera-t-elle effectuée par les psychologues ? Le danger est donc que l'évaluation s'arrête au moment où un diagnostic de TSA est évoqué et que la condition sous-jacente soit occultée (ex : encéphalopathie, X-Fragile, Sclérose Tubéreuse de Bourneville, trouble visuel ou auditif, trouble d'attachement). On risque donc d'aboutir à un sous-diagnostic de ces conditions, avec pour résultat que ce qui leur est spécifique en termes de prise en charge sera masqué par leur inclusion abusive dans les TSA, avec donc un effet négatif évident sur le bien-être du patient. Il est illusoire de penser que le médecin de famille ou le pédiatre de ces enfants pourrait compléter ce qui n'est pas fait par le psychologue, puisqu'en pratique, pour des troubles sévères et complexes comme les TSA les médecins consultent des équipes spécialisées. Il y a donc un risque de multiplication, de fragmentation et de dédoublement des évaluations, ce qui aura un impact négatif en termes de coûts et de délais pour l'enfant et sa famille.

3-Le risque d'augmenter encore plus les délais pour accéder aux services :

La proposition d'amendement statuant que les psychologues puissent poser un diagnostic en solo pour la population suspectée de présenter un TSA n'est appuyée sur le seul fait que « la liste d'attente est trop importante actuellement ». Le manque de connaissances médicales, génétiques et psychiatriques des psychologues ne leur permet pas d'éliminer les faux positifs. Ceci laisse présager que cette mesure va entraîner un accroissement incontrôlable des diagnostics contestables de TED, et donc créer, tout compte fait, de nouvelles et possiblement plus importantes listes d'attente ailleurs.

4- Les risques financiers :

Enfin, nous soulignons que le surdiagnostic risque d'entraîner une surprescription de thérapies comportementales intensives de type ABA à des groupes d'enfants pour lesquels les bénéfices ne sont pas clairement établis et qui sont très coûteuses (entre 20 et 40 000\$ par enfant).

Nous vous demandons donc, par la présente, de pas souscrire à la demande qui vous est faite de permettre au psychologue d'émettre un «diagnostic psychologique» et de prescrire des thérapies non pharmacologiques chez des enfants et adultes présentant des TSA parce que le trouble envahissant du développement est un diagnostic pour lequel la comorbidité, les diagnostics différentiels et la complexité générale de la symptomatologie doivent être examinés, bien au-delà d'un diagnostic en blanc ou noir selon lequel l'enfant ou l'adulte satisfait ou non aux critères diagnostiques.

Les médecins membres du comité tactique du Centre d'Excellence en Troubles Envahissants du développement de l'Université de Montréal, créé dans le cadre du RUIS en partenariat avec le Centre hospitalier universitaire de Sainte Justine, le Centre hospitalier Rivière-des-Prairies et la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Docteur Dominique Cousineau
Pédiatre développementaliste
Chef de section
Pédiatrie – Développement
CHU Sainte-Justine

Docteur Laurent Mottron
Psychiatre - chercheur
Directeur scientifique
CH Rivière-des-Prairies

Docteur Sylvain Palardy
Pédopsychiatre
Département de psychiatrie
CHU Sainte-Justine

C.c. Monsieur Jean-Paul Dutrisac, Président de l'Office des professions
Dr Yves Lamontagne, Président-directeur général, Collège des médecins du Québec
Dr Claude Ménard, adjoint médical, Collège des médecins du Québec
Dr Michèle Pelletier, Directrice des affaires médicales, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et de la qualité, AQESS
Dr Isabelle Amyot, Directeur des affaires médicales et universitaires, CHU Sainte-Justine
Dr Georges L'Espérance, Directeur des services professionnels, CH Rivière-des-Prairies
Dr Philippe L'Ajeix, Chef du département de psychiatrie, CH Rivière-des-Prairies
Dr Patricia Garel, Chef du département de psychiatrie, CHU Sainte-Justine
Dr Marc Girard, Chef du département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine
Dr André Masse, Directeur clinique, Programme des troubles neurodéveloppementaux, CH Rivière-des-Prairies
Monsieur Michel Lapointe, DG, CH Rivière-des-Prairies
Madame Pauline Turpin, DGA, CHU Sainte-Justine

ANNEXES

Standards and Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Young Children with Autism Spectrum Disorder in British Columbia An Evidence-Based Report prepared for The British Columbia Ministry of Health Planning (p. 16)

7.2.2 Multidisciplinary Assessments

Assessment of a child with probable ASD must evaluate multiple domains of functioning. This must include: 140,174,256

Psychological assessment of cognitive level and adaptive functioning(f) using standardized norm-referenced instruments (See Section 7.3.2).

B) A comprehensive speech-language-communication evaluation using standardized norm reference dinstruments (See Section 7.3.3).

C) A comprehensive medical evaluation by a pediatrician including a detailed physical exam and appropriate laboratory investigations (See Section 7.3.4).

D) The following additional assessments are required whenever the indicators, listed below, are identified at any stage of the diagnostic process:

- i) occupational therapy assessment (See Section 7.3.5)
 - evidence of aberrant sensory based behaviours;
 - evidence of motor skill deficits; and,
 - need for adaptive functioning assessment related to child's activities of everyday living;
- ii) psychiatric assessment for comorbid mental health issues (See Section 7.3.7)
 - prominent self-injurious or aggressive behaviours;
 - significant mood or anxiety symptoms;
 - indications of attentional and/or hyperactive symptoms; and,
 - evidence of tics and/or obsessive-compulsive symptoms;
- iii) additional specialty assessments, as indicated, should be arranged for children who manifest abnormal findings at any stage of assessment including:
 - neurology;

2- Standards and Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Young Children with Autism Spectrum Disorder in British Columbia; March 2003

Page 16

- nutrition;
- medical genetics; and,
- endocrinology.

7.3.1 Diagnosis

A) **History** obtained from multiple sources of information should include at least the following:

- i) presenting concerns;
- ii) development
 - pregnancy and perinatal history (including *in utero* toxin exposures);
 - communicative, motor, and adaptive milestones;
 - history of developmental regression; and,
 - overall developmental level in areas of:
 - " social interaction;
 - " communication/play;
 - " restricted and unusual interests and behaviours; and,
 - " adaptive behaviour;
- iii) primary sensory impairments (hearing or vision);
- iv) neurological history (seizures, encephalopathic events);
- v) behavioural issues such as aggression, self-injury, sleep disturbance, eating problems, and pica;
- vi) family history of developmental, neurologic, or psychiatric disorders;
- vii) psychosocial stressors and coping; and,
- viii) intervention history.

B) Additional information reviewed should include:

- i) assessments from other disciplines;
- ii) community assessments and reports; and,
- iii) reports and observations from other caregivers (i.e. primary care physician, IDP/CDC workers, public health nurse, etc.).

C) A standardized diagnostic interview with the primary caregiver/parent(s) and a standardized observation of social and communicative behaviour and play are necessary components of a diagnostic assessment for ASD. (See Section 7.2).

Currently available instruments that are recommended include: 120,140,49,263

- i) the Autism Diagnostic Interview--Revised (ADI-R); 44,113,114,117,118,121,147
- ii) the Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) (modules

2); and, 116,53,115

- iii) the Childhood Autism Rating Scale

(CARS).142,179,182,253,162,52,165,195,147,69,112,121,136

COMPREHENSIVE EVALUATION (SEE *STEP 8.2.a*)

There are 3 major diagnostic challenges in the comprehensive assessment of a child with a suspected ASD:

determining the child's overall level of functioning;
making the categorical diagnosis of an ASD; and determining
the extent of the search for an associated etiology.

To accomplish these 3 goals, a comprehensive evaluation
should include the following components^{212,297,298}:

1. Health, developmental, and behavioral histories that include at least a 3-generation family pedigree and a review of systems.
2. Physical examination including a thorough search for dysmorphic features and neurologic abnormalities and a Wood's lamp examination of the skin.
3. Developmental and/or psychometric evaluation (depending on age/skill level) to determine the child's overall level of functioning and whether a discrepancy between motor-adaptive problem-solving and social communication skills is evident.^{299,300}
4. Determination of the presence of a categorical DSMIV-TR diagnosis, preferably with standardized tools that operationalize the DSM criteria.
5. Assessment of the parents' knowledge of ASDs, coping skills, and available resources and supports.
6. A laboratory investigation to search for a known etiology or coexisting condition guided by information obtained in *Steps 1* through 5.