

**Mémoire des membres du conseil
des médecins, dentistes et
pharmaciens de l'Hôpital Rivière-
des-Prairies sur le projet de loi no
10 modifiant l'organisation et la
gouvernance du réseau de la santé
et des services sociaux notamment
par l'abolition des agences
régionales**

Le 20 octobre 2014

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION : L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES	3
LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES	3
LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AVEC PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	4
LA RÉFORME DES STRUCTURES EN SOUTIEN À UNE LOGIQUE CLINIQUE	6
LES ARTICLES DU PROJET DE LOI NO 10 QUI SOUTIENNENT L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET L'EXCELLENCE ACADÉMIQUE	7
LES INQUIÉTUDES ET LES PISTES DE SOLUTION	7
CONCLUSION	9

INTRODUCTION : L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES

L'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) est le seul établissement au Québec avec une mission unique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (pédopsychiatrie). Il offre des soins et des services spécialisés et surspécialisés en santé mentale aux enfants et aux adolescents, de même qu'aux personnes de tous âges présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)¹ avec problème de santé mentale.

Au cours de l'année 2012-2013, l'HRDP a offert des services d'hospitalisation psychiatrique à 313 patients, dont 68 présentaient également une problématique en TSA. De ces patients hospitalisés, 40 % proviennent de l'extérieur de l'Île de Montréal où ces services sont indisponibles. Des services ambulatoires ont été offerts à 3 809 patients, dont 228 présentaient également une problématique en TSA. De plus, le Département de médecine dentaire a offert des services à 1 942 patients, dont 600 lourdement handicapés ont nécessité des soins dentaires sous anesthésie.

L'établissement détient un contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, possède un Centre de recherche et un comité d'éthique de la recherche désigné par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la protection des mineurs ou des personnes inaptes à consentir. En 2012-2013, il a accueilli 210 stagiaires dans des disciplines collégiales et universitaires liées au domaine de la santé mentale, dont 73 ont été encadrés par des membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Au chapitre des subventions de recherche obtenues, elles ont apporté pour l'exercice 2012-2013 une somme de 3 997 361,00 \$.

LE CONSEIL DES MÉDECINS DENTISTES ET PHARMACIENS DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS)², le CMDP a la responsabilité, entre autres, de contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement. Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement.

Le CMDP de l'HRDP compte 49 membres : 40 médecins, dont 23 pédopsychiatres³ (seulement 10 à temps complet), 4 pharmaciens et 5 dentistes. D'entrée de jeu, le CMDP de l'HRDP souhaite saluer la volonté du ministre avec le projet de loi no 10 de concrétiser par une réorganisation structurelle majeure une meilleure intégration des services. Cette intégration devant se traduire non seulement par un accès simplifié, mais aussi par une plus grande fluidité entre les services et les missions pour garantir une meilleure continuité des soins et services. Afin de soutenir l'atteinte de ces objectifs, le CMDP souhaite soumettre aux membres de la commission ses pistes de réflexion pour accroître la qualité des services, l'utilisation optimale des expertises et plateaux techniques et soutenir l'excellence académique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

¹ Il convient de rappeler qu'auparavant, ces troubles étaient désignés sous le vocable de troubles envahissants du développement (TED).

² *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

³ Ces psychiatres ont une disponibilité équivalente à 13,8 postes à temps complet, car plusieurs ont aussi une pratique dans d'autres établissements.

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS AVEC PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Comme dans les autres pays industrialisés, de 15 à 20 % des enfants et adolescents souffrent de problèmes de santé mentale. Il est bien démontré que 50 % des problèmes de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans et 70 % avant l'atteinte de l'âge adulte⁴.

Sans un accès en temps opportun à un traitement adéquat, les problèmes de santé mentale de ces enfants risquent de devenir chroniques, de nuire au rendement scolaire et professionnel, de mener à des difficultés personnelles et familiales, d'entraîner d'autres maladies et de réduire l'espérance de vie. Le fardeau économique des problèmes de santé mentale est de taille pour la société. Il était estimé à 50 milliards de dollars au Canada en 2011 et il s'amplifie lorsque la stigmatisation et la discrimination sont prises en compte⁵. L'impact des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents se fait également sentir sur leur famille, avec des conséquences importantes sur les plans émotif et financier. De plus, on estime que 90 % des jeunes qui décèdent par suicide étaient atteints d'une maladie mentale.

Des études ont démontré qu'une intervention rapide après l'apparition du trouble mental chez les enfants et les adolescents permet de réduire la sévérité ou la persistance de la maladie. Il demeure que le Québec investit moins en santé mentale que le reste du Canada⁶. En termes de performance économique pour les services aux jeunes, c'est au Québec que les coûts d'hospitalisation pour les 0-17 ans sont les plus faibles (9 414 \$ comparativement à 13 044 \$ pour la moyenne canadienne) et que les durées moyennes de séjour sont les plus faibles (8,7 jours comparativement à 13,4 jours pour la moyenne canadienne).

Toutefois, les durées de séjour sont beaucoup plus élevées pour les patients nécessitant des services dans les établissements spécialisés à vocation psychiatrique. Cela s'explique par la lourdeur de cas en raison des comorbidités (multiples problématiques). On estime à 25 % le nombre de personnes présentant plus d'une problématique et à 13 % celles qui nécessitent une hospitalisation en milieu spécialisé. Ces dernières utilisent 40 % du total des jours d'hospitalisation⁷.

Dans le *Plan d'action en santé mentale*, on fait état du besoin de services en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les enfants et les adolescents avec de multiples problématiques, notamment en présence de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou de TSA. Dans ce plan, en raison des

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, gouvernement du Québec, 96 p.; Riberdy H, Tétreault K, Desrosiers H. La santé physique et mentale des enfants : une étude des prévalences cumulatives, Institut de la statistique du Québec, Volume 6, Fascicule 4, Juin 2013, 28 pages, [en ligne] <http://www.stat.gouv.qc.ca/>; The King's Fund (2008) : The cost of mental health care in England to 2026. 135 p.; Site Web du National Institute of mental Health (USA) (<http://www.nimh.nih.gov>.); site Web de Nater Kids in Mind (Australie) (<http://www.mater.org>).

⁵ COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, CSMC, 123 p.

⁶ Jacobs P, Dewa C, Bland R, et al. *Expenditures on mental health for Canadian provinces 2003-2004*. Edmonton, AB: Institute of Health Economics; 2007. Les dépenses publiques au Canada sont inférieures à celles de la plupart des pays industrialisés. De plus, en 2003-2004 avant l'adoption du *Plan d'action en santé mentale*, l'investissement du Québec était nettement inférieur à la moyenne canadienne, notamment pour l'hospitalisation. Depuis, la part du budget total consacrée au Programme de santé mentale est demeurée approximativement la même; en 2004-2005, les dépenses de santé mentale représentaient 6,15 % du budget global, alors qu'en 2010-2011 elles constituaient 6,09 % des dépenses totales. La hausse du budget du Programme Santé mentale est inférieure de près de 2 % à celle du budget global pour l'ensemble des programmes. De plus, à Montréal, la hausse a été de 1,9 % inférieure à la moyenne québécoise tant pour le programme que pour l'hospitalisation.

⁷ Site Web de L'INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (<http://www.cihi.ca>).

risques d'aggravation et d'entrave au développement normal des enfants et des adolescents, on mentionnait que :

« le caractère critique de ces services spécialisés justifie pleinement l'établissement et le respect d'une norme d'accès à ces services (...) Compte tenu du niveau d'expertise qu'il requiert, le traitement surspécialisé pour les cas très complexes et graves devrait être concentré dans quelques milieux et associé au développement des connaissances en restant accessible à tous les jeunes qui en ont besoin à l'aide d'ententes entre les milieux »⁸.

Cependant, en 2012, le commissaire à la santé concluait que les jeunes requièrent des services qui répondent à leurs besoins spécifiques, tant sur le plan culturel que développemental et que le nombre de pédopsychiatres était insuffisant pour couvrir l'ensemble des besoins⁹. Pour l'HRDP, cette insuffisance jumelée aux difficiles enjeux de la répartition optimale des effectifs sur le territoire montréalais impose aux clientèles une limite d'accès à ses plateaux techniques et à l'expertise des équipes multidisciplinaires.

Concrètement, pour illustrer les cas complexes, les enfants et les adolescents hospitalisés à l'HRDP ont en moyenne 2,5 diagnostics en santé mentale et 4,3 ordonnances de médicaments psychotropes (24 % avaient un TDAH et 12 % un TSA). Parmi eux, 39,5 % avaient des médicaments prescrits en raison de leur potentiel de dangerosité (automutilation, agression, destruction de biens physiques) et 35 % ont nécessité une intervention impliquant le recours aux interventions spécialisées de l'équipe soignante en raison d'actes de violence au cours de leur hospitalisation.

L'importance de l'accès aux services pharmaceutiques spécialisés se justifie par le fait que peu de recherches sont menées sur les médicaments pour les enfants en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ainsi, seulement 25 % des médicaments disponibles en santé mentale pour les adultes sont approuvés au Canada pour utilisation chez les enfants. De plus, les publications des chercheurs financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) au cours des cinq dernières années pour une étude sur les médicaments en santé mentale visaient une clientèle adulte dans 94 % des cas, laissant seulement 6 % pour la clientèle pédopsychiatrique¹⁰.

Le *Plan d'action en santé mentale* mentionnait aussi la nécessité de mener des travaux pour déterminer les services de troisième ligne requis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. On proposait également un cheminement hiérarchisé pour l'accès aux services de 3^e ligne. En 2009, le Protecteur du citoyen dénonçait les approches silos et la difficile articulation entre la réponse aux besoins de services de réadaptation et la réponse aux autres besoins, notamment en santé mentale, pour les enfants présentant un TSA. Le document de consultation sur le *Plan d'action en santé mentale 2014-2020* fait état que 45 % des jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse (CJ) ont un diagnostic ou une impression diagnostique de trouble mental et 3,9 % un TSA. Tant dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDI-TED) que dans les CJ, il n'y a pas d'obligation de structurer un CMDP pour garantir

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, gouvernement du Québec, 96 p.

⁹ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012; Bibliothèque et Archives Canada, 2012 ISBN : 978-2-550-66327-0 (PDF) 243 p.

¹⁰ [Rousseau L.](#) Cartographie de la recherche en psychopharmacologie. Première journée provinciale de la recherche sur les médicaments et les soins pharmaceutiques en santé mentale. Montréal, 28 mars 2013.

l'accès aux services médicaux et pharmaceutiques. Ces services doivent ainsi être obtenus d'autres partenaires avec plus ou moins de difficultés selon les régions¹¹.

L'organisation en programmes de services avec des établissements et des budgets distincts ne facilite pas une offre de service intégrée pour les jeunes les plus vulnérables avec de multiples problématiques. Par exemple, le jeune en CJ qui a un problème de santé mentale avec une comorbidité en TSA doublé d'un problème de consommation de drogue aura besoin des services concomitants et de suivis de 4 des 7 programmes de services existants (jeunesse; DI-TED; dépendances; santé mentale) offerts dans des établissements différents. Les soins partagés entre ces programmes de services sont souvent très mal arrimés du fait du nombre élevé d'établissements impliqués, notamment à Montréal.

Malgré de nombreux travaux et orientations en santé mentale, une organisation claire, opérationnelle et hiérarchisée fait encore défaut au Québec pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Ainsi, à Montréal, il y a un urgent besoin d'une organisation cohérente des services en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Actuellement, l'offre de service reflète le morcellement de l'expertise entre plusieurs établissements où on souffre d'essoufflement en l'absence de masse critique suffisante. On note de plus un accès inadéquat aux services d'urgence et non optimal aux plateaux techniques existants, une mission académique fragmentée où les leaders en enseignement évoluent sur des sites différents de ceux en recherche.

LA RÉFORME DES STRUCTURES EN SOUTIEN À UNE LOGIQUE CLINIQUE

De notre lecture du projet de loi transpire la prépondérance de la logique clinique sur d'autres logiques plus administratives ou politiques. Il nous apparaîtrait comme l'étape naturelle et subséquente à la réforme entreprise sur la base du projet clinique qui a mené à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce projet se fondait sur les principes d'une responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. L'importance de l'intégration des services y est clairement soulignée¹². Il nous paraît donc naturel et cohérent d'adhérer à cette logique dont l'ancrage doit être consolidé.

¹¹ Pour illustrer la complexité d'accès aux services requis pour les cas les plus lourds, 5 à 8 % des jeunes qui sont d'abord référés aux équipes des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour des problématiques de santé mentale ou suicidaires sont, par la suite, référés aux services surspécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

¹² Auclair M., Samson Saulnier G., Clapperton I, Rousseau L. Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, document principal. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Bibliothèque nationale du Québec, 2004.

LES ARTICLES DU PROJET DE LOI NO 10 QUI SOUTIENNENT L'AMÉLIORATION DES SERVICES ET L'EXCELLENCE ACADÉMIQUE

À l'exception de la région montréalaise, en ne créant qu'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) par région, la responsabilité populationnelle s'exerce pour l'ensemble de la région. À Montréal, l'article 35 stipule clairement que les établissements ont le devoir d'établir les corridors de services requis pour répondre aux besoins de la population de la région. Il s'agit d'un pas important pour réduire les iniquités intrarégionales d'accès aux services.

Le chapitre III qui traite de la continuité des services dote le ministre de pouvoirs pour établir les corridors de services requis pour répondre aux besoins de la population à l'intérieur de toute la région du CISSS, mais aussi avec les CISSS d'autres régions. De plus, au 12^e alinéa de l'article 59, en confiant au ministre plutôt qu'aux instances régionales le soutien à la conclusion d'ententes de services, les besoins vont primer sur les frontières territoriales. Il s'agit de mécanismes essentiels pour garantir à toute la population du Québec l'accès aux services surspécialisés qui ne sont pas offerts dans les quatre établissements qui ont une désignation suprarégionale dans le projet de loi.

L'article 158 est rassurant, car il permet le maintien des désignations universitaires. Nous comprenons qu'ainsi, tous les volets académiques tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social pourront continuer à se développer au bénéfice de l'ensemble des clientèles.

Dans sa forme actuelle, le projet de loi no 10 regroupe l'HRDP dans le CISSS du Nord-de-l'Île de Montréal, avec les CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord et Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) et le CRDI-TED de Montréal. Nous y voyons une décision fondée sur une logique clinique qui permettrait de développer une offre de service intégrée pour la clientèle souffrant d'un TSA. Ceci permettrait également de créer partiellement une masse critique de pédopsychiatres pour soutenir les projets cliniques conjoints déjà en cours de discussion. Par exemple, le développement d'une urgence pédopsychiatrique conjointe entre l'HSCM et l'HRDP¹³.

LES INQUIÉTUDES ET LES PISTES DE SOLUTION

Actuellement, de nombreuses propositions circulent pour tenter de modifier la constitution des CISSS de la région de Montréal, telle que proposée dans le projet de loi. Nous sommes inquiets de constater la résurgence de logiques administratives ou politiques pour appuyer ces propositions.

Peu importe les regroupements envisagés et les arguments, la logique clinique doit demeurer prépondérante. Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cela implique le regroupement des expertises et l'utilisation efficiente des plateaux techniques, quels que soient la nature et le lieu géographique du regroupement. Il est inquiétant que le projet de loi reste muet sur les modalités pour établir les plans d'effectifs médicaux, dentaires et pharmaceutiques qui sont au cœur d'une offre de services garantissant l'accès aux services de qualité requis par la condition des patients. De manière plus spécifique, rien n'empêche dans le projet de loi le

¹³ Il faut noter que dans l'optique d'optimiser l'accès aux masses critiques d'équipes spécialisées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent tout comme aux plateaux techniques et aux lits d'hospitalisation, l'ajout à ce regroupement du CSSS Cœur de l'Île pourrait être considéré. De la même manière, l'intégration du CJ à ce regroupement favoriserait l'intégration des services de santé mentale pour tous les jeunes qui en ont besoin.

déplacement des pharmaciens spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers les services aux adultes, incluant en santé physique.

Nous recommandons au ministre de tenir compte de la répartition des effectifs médicaux afin de créer une masse critique permettant l'accès aux services spécialisés pour toute la région montréalaise et aux services surspécialisés et pratiques de pointe pour toute la population du Québec, et ce, par le biais de corridors et d'ententes de services.

Nous recommandons au ministre de soutenir structurellement l'excellence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en exigeant du CISSS où seront regroupés les pédopsychiatres la création d'un Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous recommandons au ministre d'exiger le maintien de l'accès aux plateaux techniques requis pour l'offre de services spécialisés en médecine dentaire et de mettre l'ensemble des plateaux techniques de l'HRDP à la disposition des Départements de médecine dentaire, de pharmacie et du futur Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour la desserte régionale et suprarégionale des besoins de services spécialisés et surspécialisés de la population de Montréal et du reste du Québec.

Nous recommandons au ministre de demander à la Direction du médicament du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de travailler en étroite collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et selon un court échéancier pour définir les niveaux et les modalités d'accès aux services pharmaceutiques spécialisés pour garantir la sécurité et la qualité des soins. À cet égard, une priorité devrait être accordée aux clientèles les plus vulnérables.

Nous avons également des craintes en matière de continuité de soins pour les clientèles jeunesse avec de multiples problématiques. Si nous appuyons la nécessité, tel que stipulé à l'article 55, de ne pas permettre la permutation des sommes dédiées à un programme-service à l'intérieur d'un CISSS, nous craignons le maintien des approches en silo dans la région de Montréal. Contrairement aux autres régions du Québec, il n'y aura pas de regroupement, selon les propositions disponibles, dans un même CISSS de tous les volets jeunesse.

En plus de la perte d'efficacité résultant du saupoudrage des ressources entre les programmes devant prendre en charge la même clientèle, les opportunités de créer des collaborations interdisciplinaires avec les missions où traditionnellement les membres des CMDP sont peu présents ne s'actualiseront pas à Montréal. En plus de l'étanchéité des budgets, celle des frontières organisationnelles va perdurer.

Nous recommandons au ministre de tenir compte des besoins des clientèles jeunesse les plus vulnérables en raison de leurs multiples problématiques afin d'établir un regroupement qui favorise à Montréal comme ailleurs au Québec une véritable offre de service intégrée en jeunesse.

Parallèlement, nous sommes inquiets pour les activités d'enseignement et de recherche, le développement des pratiques de pointe et le transfert des connaissances qui englobe le soutien aux partenaires, notamment par la téléconsultation. Nous craignons une polarisation des opinions dans une dynamique d'opposition de la logique de soins à la logique académique.

Bien que l'article 158 maintienne les désignations universitaires, le succès repose sur le lien étroit et dynamique entre tous les volets de la mission universitaire, notamment l'arrimage avec la mission de soins. Sans le regroupement des expertises cliniques, la capacité de contribuer à la mission d'enseignement risque de rester concentrée sur un site différent de celui où se déroulent les activités de recherche, elles-mêmes sur un site différent de celui où se retrouvent les plus importants volumes de clientèle qui permettent le développement des pratiques de pointe.

Par ailleurs, puisque le succès en recherche repose davantage maintenant sur les projets d'envergure multidisciplinaires couvrant de nombreux aspects d'une problématique, les chercheurs devront maintenir leurs affiliations à plusieurs centres, sans bénéficier d'un environnement qui favorise la collaboration et l'innovation dans un CISSS qui regroupe les centres de recherche dédiés aux problématiques des jeunes. Rappelons le déséquilibre dans le financement, avec un nombre de subventions de recherche nettement plus important chez les adultes en comparaison de sommes allouées à la recherche chez les jeunes avec des problèmes de santé mentale. Ce déséquilibre s'accroît avec encore moins de fonds consacrés à l'étude des multiples problématiques chez les jeunes.

Nous recommandons au ministre de tenir compte d'une vision intégrée de tous les volets de la mission académique afin de s'assurer qu'au même titre que pour la population adulte, les jeunes puissent avoir accès à des professionnels exposés de manière suffisante à leurs problématiques lors de leur formation et qu'un rattrapage puisse s'amorcer quant aux activités de recherche et de développement de pratiques de pointe qui leur sont dévolues.

CONCLUSION

Les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, qui œuvrent depuis de nombreuses années auprès de la clientèle pédopsychiatrique la plus vulnérable, ont développé une expertise qu'ils souhaitent voir mettre à profit de manière optimale pour les bénéfices de cette clientèle en grand besoin de services.

Nous adhérons avec enthousiasme au concept d'offre de services intégrés que vient soutenir concrètement le projet de loi no 10. Nous avons des inquiétudes sur la mise en œuvre à Montréal, puisque la nature des regroupements aura une influence capitale.

Nous avons donc voulu exprimer aux membres de la commission nos pistes de solution pour améliorer les retombées des efforts investis dans la santé mentale des jeunes du Québec.