



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

CSSS - 088M
C. P. PL 15
Loi système de santé
et services sociaux

Projet de loi 15

**Loi visant à rendre le système de santé et de services plus
efficace**

Mémoire déposé par :

Association des médecins psychiatres du Québec

À la Commission de la santé et des services sociaux

Mai 2023

Table des matières

Introduction.....	4
Nos recommandations.....	5
Services essentiels en psychiatrie dans le réseau public	7
Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (PEA)	7
Les soins de continuité aux adultes.....	8
Les soins aigus aux adultes - l'axe 6 du PAISM.....	9
Gérontopsychiatrie	10
Psychiatrie légale	10
Consultation-liaison (CL)	11
Un plan de couverture psychiatrique provincial et d'affiliation au réseau.....	12
Contexte.....	12
Résultat du travail de l'AMPQ en 2019.....	13
Conclusion.....	15

Lexique

AMP	Activité médicale particulière
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CL	Consultation-liaison
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PDG	Président directeur général
PEA	Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PEP	Premier épisode psychotique
RPA	Résidence privée pour aînés
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
UIB	Unité d'intervention brève

Introduction

L'association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe plus de 1200 psychiatres qui pratiquent au Québec et s'intéresse à l'organisation des soins en santé mentale et au cadre de travail de médecins psychiatres. Elle soutient l'avancement de la psychiatrie par tous les moyens appropriés et contribue à l'accès à des services psychiatriques pour toute la population du Québec. Elle participe activement à la démocratisation d'une meilleure connaissance en matière de psychiatrie, de santé mentale et de troubles mentaux. Ce travail d'amélioration des connaissances dans la population a aussi comme intention de plaider et de diminuer la stigmatisation de la clientèle en maladie mentale.

L'AMPQ travaille à maintenir les normes professionnelles et scientifiques les plus élevées dans l'exercice de la psychiatrie et encourage les relations professionnelles avec tout organisme intéressé à la santé et à la maladie mentale.

Sa mission est de défendre les intérêts de ses membres et de les promouvoir. Elle vise également à favoriser la qualité des soins psychiatriques au Québec. Elle a comme vision des pratiques psychiatriques de pointe, accessibles, humaines et reconnues contribuant à l'amélioration de la santé mentale de la population. L'AMPQ adhère aux valeurs suivantes : le leadership, l'engagement, la compétence, l'intégrité et le partenariat.

Nos recommandations

Nous prenons acte de changements importants à venir dans la gouvernance et la gestion du réseau de la santé avec le projet de loi 15. Nous profitons de l'occasion pour exprimer clairement notre position sur les services spécialisés en psychiatrie que devraient offrir toutes les instances régionales, pour tous les Québécois.

Malheureusement, ce panier de services demeure encore inégal entre les régions, avec des services déficitaires ou même absents dans certaines régions. Il est primordial que les services psychiatriques répondent à une responsabilité populationnelle. Afin d'y arriver, l'AMPQ estime qu'il faudra solliciter l'ensemble des ressources de l'ensemble des régions.

Recommandation #1 :

S'assurer que les services psychiatriques essentiels soient offerts et rapidement accessibles sur tout le territoire dans une perspective de responsabilité populationnelle du réseau public; que la coordination des services rendus par les différents partenaires dans chacune des régions soit soutenue par la mise en place d'un dossier médical électronique performant.

Nous partageons également de réelles craintes concernant l'impact du PL 15 sur l'engagement et la résilience des médecins et de tous les soignants pour améliorer les services à leurs patients et la population. Plutôt que de les écarter, nous souhaitons que le gouvernement continue de rechercher l'engagement et la participation des médecins via la cogestion médico-administrative et les CMDP dans le but d'améliorer le réseau. Avec une gestion aussi centralisée et exécutive, nous craignons plutôt une perte de sens pour les équipes de soignants et par conséquent, dans la qualité, dans le caractère humain et dans la pertinence des services donnés. Plusieurs signaux d'alarme vont dans ce sens et l'AMPQ et ses partenaires ont abordé ce thème important lors des *États généraux* sur la santé des soignants tenus le 28 avril 2023.

Recommandation #2 :

Que le ministère reconnaisse la contribution essentielle des équipes médicales et des soignants dans l'organisation des soins en continuant de leur accorder un rôle important dans la planification et les décisions ayant un impact sur le réseau et la population.

En psychiatrie, nous travaillons avec plusieurs partenaires (représentants de la justice, corps policier, ressources en hébergement, organismes communautaires, écoles, RPA, équipes de première ligne, médecins de famille) et il y a une complexité particulière à trouver l'équilibre de ces rôles et responsabilités. Cependant, le projet de loi ne prévoit pas la création d'un comité santé mentale parmi les instances devant coordonner les soins et les services en santé mentale ni à l'Agence Santé Québec et ni au sein des agences régionales.

Nos propositions visent à offrir à Santé Québec une bonne idée du panier de services psychiatriques qui devrait être disponible dans chaque établissement local ainsi qu'à l'échelle nationale. Ainsi, l'Agence Santé Québec devrait compter un responsable national de la santé mentale pour la mise en œuvre des stratégies et des plans d'actions, comme le récent Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM). À l'échelle régionale, la création d'une instance permettrait de guider les investissements et les transformations, mais aussi les PEM et éventuellement les AMP.

La composition de ce comité doit refléter l'interdisciplinarité de la pratique en santé mentale avec l'expertise médicale et celles des autres professions de la santé et des services sociaux pertinentes. De plus, une place devrait être faite à d'autres types d'intervenants pour assurer une liaison avec la communauté. Ainsi, cette instance comprendrait le chef de département de psychiatrie, les ressources communautaires, des représentants des forces de l'ordre, des gestionnaires des directions santé mentale et jeunesse, des représentants de la première et de la deuxième lignes incluant un intervenant en dépendance, un représentant du milieu municipal ainsi qu'un patient partenaire.

Recommandation #3 :

Créer un poste de responsable national de la santé mentale au sein de Santé Québec pour la mise en œuvre des stratégies en santé mentale développées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et ses partenaires.

Recommandation #4 :

Créer dans chaque région une instance qui regroupe les forces vives en santé mentale pour réaliser l'ambition interministérielle du PAISM avec un budget dédié pour la région. Elle aurait comme rôle de développer une vision commune puis de bien coordonner le rôle de chacune des organisations pour collaborer à la prévention primaire, secondaire et tertiaire et tisser un vrai filet de protection autour des personnes vulnérables.

Services essentiels en psychiatrie dans le réseau public

L'AMPQ s'est penchée sur les services essentiels à la réalisation de sa mission dans le contexte de la demande croissante pour obtenir des services de psychiatrie. L'AMPQ est soucieuse également de répondre aux besoins populationnels avec des services de qualité et adaptés à chaque personne tout en devant composer avec un effectif de psychiatres limité et un manque de professionnels en santé mentale.

Avec une volonté de privilégier les approches externes et de proximité ainsi que le travail interdisciplinaire, les services suivants ont été identifiés comme devant obligatoirement être mis en place et structurés dans toutes les régions du Québec :

Ce mémoire se veut une description brève de ces services publics, qui ont été regroupés dans les catégories suivantes :

- La psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
- Les soins adultes de continuité
- Les soins adultes aigus
- La gériopsychiatrie
- La psychiatrie légale
- La psychiatrie de consultation-liaison avec les autres spécialités médico-chirurgicales

En général, tous ces soins sont offerts par l'ensemble des psychiatres du Québec qui œuvrent dans le réseau public et sont soutenus par des équipes de professionnels indispensables. Trois surspécialités sont reconnues en psychiatrie : la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, la gériopsychiatrie et la psychiatrie légale. La psychiatrie de consultation-liaison est en voie de l'être. Malgré cela, les besoins sont si importants que tous les psychiatres sont sollicités pour ces tâches et clientèles.

Pour compléter ce mémoire, nous vous exposons un résumé du plan d'affiliation et de contingence proposé aux membres de l'AMPQ et à la FMSQ en 2019, qui visait à éviter les bris de services essentiels dans les différentes régions du territoire québécois et qui proposait la participation volontaire des hors-PEM.

Psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (PEA)

Depuis la pandémie, la détresse chez les jeunes ne fait que s'accroître¹, les demandes de services en santé mentale explosent, la pression devient accrue sur tous les systèmes offrant des services aux jeunes. Actuellement, il sévit une pénurie de psychiatres de l'enfance et de l'adolescence au Québec qui n'est pas près de se résorber. Dans ce contexte, il est donc impossible que les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence à eux seuls couvrent l'ensemble des besoins de la population jeunesse à travers la province.

¹ Nouvelles FMSS (9 février 2022). *Une nouvelle enquête de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS confirme l'urgence d'agir maintenant.* <https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/sante/details/46968>

La PEA est une discipline médicale surspécialisée qui s'intéresse à l'évaluation et au traitement des maladies psychiatriques d'intensité modérée à sévère et des troubles neurodéveloppementaux complexes et/ou comorbides chez les 0-18 ans. Le psychiatre de l'enfance et de l'adolescence peut également agir comme médecin spécialiste répondant en soutien à la première ligne et aux partenaires. Le psychiatre de l'enfance et de l'adolescence travaille en équipe interdisciplinaire avec divers professionnels tels que les psychologues, psychoéducateurs, infirmiers, travailleurs sociaux, neuropsychologues, nutritionnistes, ergothérapeutes et orthophonistes. L'accès à une équipe interdisciplinaire suffisamment dotée et formée est primordial. La psychiatrie de l'enfance et de l'adolescent s'effectue en grande partie en clinique externe, mais peut se faire aussi sur une unité d'hospitalisation ou à l'urgence.

Pour que les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence répondent de façon efficiente aux besoins de la population jeunesse, il est essentiel que la prévention primaire, secondaire et tertiaire soit au rendez-vous et que tous les paliers de services jeunesse soient suffisamment pourvus, que ce soit les services :

- généraux et spécifiques (première ligne) ;
- scolaires ;
- de protection à l'enfance et
- de réadaptation (CRDI/CRDP).

De plus, toutes les urgences du Québec devraient être pourvues d'une équipe spécialisée de triage (infirmier et intervenant psycho-social) pour orienter les patients vers les bonnes ressources. Des services de crise pour les jeunes devraient également être disponibles partout au Québec.

Pour les régions dépourvues en PEA, il faut penser à un modèle où psychiatres, pédiatres et omnipraticiens prennent en suivi les enfants et adolescents, en équipe interdisciplinaire, avec le soutien des psychiatres de l'enfance et de l'adolescence disponibles dans leur regroupement ou RUISSS. Il faut également prévoir un mécanisme de développement et/ou maintien des compétences pour les médecins et intervenants œuvrant auprès de cette clientèle.

Les soins de continuité aux adultes

Ces soins sont offerts à travers différents programmes qui tentent de soutenir des clientèles particulières. Au mécanisme d'accès en santé mentale (MASM), en GMF, et en soutien clinique téléphonique pour la première ligne, il faut desservir une clientèle très diversifiée de troubles mentaux courants qui nécessitent parfois une évaluation, des discussions avec les intervenants ou médecins et de courts suivis psychiatriques d'ajustement pharmacologique, de traitements novateurs et d'interventions psychothérapeutiques diverses. L'AMPQ veut souligner l'importance d'optimiser le transfert de connaissances, de pouvoir bien trier, de donner des services rapides et pertinents, et de soutenir correctement les partenaires quand la prise en suivi psychiatrique n'est pas la meilleure option.

Des médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP) font un travail soutenu avec les équipes du guichet d'accès afin d'éviter de longues attentes et une détérioration clinique. De façon approximative, les troubles courants représentent 80% de la clientèle ayant des troubles de santé mentale et idéalement viseraient 20% de l'investissement du temps/psychiatre.

Pour les troubles psychiatriques dont la sévérité requiert des soins spécialisés, les services suivants doivent être disponibles :

- Clinique externe : évaluations et suivis interdisciplinaires de clientèles aux prises avec des pathologies psychiatriques modérées à sévères, souvent chroniques et complexes excédant la capacité de la première ligne.
- Équipes pour premiers épisodes psychotiques (PEP) : évaluations et suivis de jeunes patients avec première psychose (perte de contact avec la réalité, troubles perceptuels, désorganisation de la pensée, etc.). Il s'agit de suivi instauré rapidement dans la communauté, sans référence médicale obligatoire, et un suivi soutenu en équipe interdisciplinaire. Ces jeunes ont malheureusement souvent besoin d'ordonnances de traitement car peu conscients de leur pathologie et trop jeunes pour l'accepter. Les études démontrent également très bien que la psychose abîme le substrat cérébral et doit être maîtrisée le plus rapidement possible. 75% de ces usagers consomment des substances psychoactives. Une approche pour troubles concomitants est essentielle.
- Équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM) : suivis soutenus de clientèles avec pathologies psychiatriques résistantes, complexes avec souvent une dimension de dangerosité. Le suivi interdisciplinaire vise un rétablissement dans la communauté, la réduction des méfaits s'il y a consommation et une certaine stabilité pour l'usager et son entourage.
- Psychiatrie de proximité : évaluations et suivis en collaboration avec des équipes interdisciplinaires du réseau (SIV, équipe itinérante), du réseau communautaire (refuge) ou intersectoriel (policiers).

Une collaboration étroite doit s'actualiser avec des soins en dépendance pour les troubles concomitants dans tous ces services.

Les soins aigus aux adultes - l'axe 6 du PAISM

- Psychiatrie d'urgence (consultation et UIB). Toutes les urgences du Québec devraient être pourvues d'une équipe spécialisée de triage (infirmier et intervenant psycho-social) pour orienter les patients vers les bonnes ressources.
- Services pré et post-crisis pour la clientèle souffrant de troubles psychiatriques.
- Service d'hospitalisation à domicile (TIBD).
- Hospitalisation incluant des interventions pharmacologiques, psychologiques et sociales, de même que somatiques (sismothérapie et autres techniques novatrices), service structuré avec des soins intensifs et réguliers.

Gérontopsychiatrie

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la prévalence des troubles mentaux augmente chez les aînés et ce sans compter les troubles neurocognitifs². Trois clientèles sont reconnues dans l'organisation des services en gérontopsychiatrie:

- Les personnes qui avaient une maladie mentale récurrente durant l'âge adulte, persistante ou chronique, et qui présentent des comorbidités médicales ou cognitives complexes surajoutées ;
- Les personnes dont la maladie mentale apparaît tardivement ;
- Les personnes qui présentent des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs.

Bien que la présence de gérontopsychiatres soit souhaitable dans toutes les régions, trop peu sont formés annuellement pour soutenir la demande et il est attendu que tous les psychiatres offrent des services à ces clientèles.

Les services en centre hospitalier, en clinique externe et dans les milieux de vie sont les trois premiers secteurs à consolider. Un aîné dont l'état mental est gravement atteint doit pouvoir être hospitalisé dans une unité compétente à l'approche adaptée aux personnes âgées³. Déployer des services de consultation externe permet également d'organiser des services plus tôt dans l'épisode de la maladie afin d'éviter le plus possible la détérioration clinique et les hospitalisations. Offrir des services mobiles ponctuels dans les milieux de vie des aînés, incluant les CHSLD, est aussi nécessaire.

Pour terminer, les équipes de gérontopsychiatrie offrent du soutien aux médecins de famille et aux équipes de première ligne du CLSC (tant en santé mentale qu'au soutien à l'autonomie à la personne âgée), via notamment la fonction du psychiatre répondant, et se posent en complémentarité aux autres partenaires (services psychiatriques généraux, services gériatriques, neurologie, organismes communautaires), également appelés à desservir les aînés souffrant de troubles mentaux.

Psychiatrie légale

La psychiatrie légale est une surspécialité reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada depuis 2013. Au Québec, on compte environ 40 psychiatres légistes au sein d'une spécialité qui compte plus de 1200 psychiatres. La psychiatrie légale comporte un volet civil, qui inclut les ordonnances d'autorisation de soins, les gardes en établissement et d'autres situations qui exigent que le psychiatre se prononce notamment sur l'aptitude de l'usager à consentir aux soins, sur sa capacité à prendre des décisions et sur sa dangerosité. Tous les psychiatres ont la compétence pour effectuer ces évaluations et le font régulièrement dans leur travail quotidien.

² Institut national de santé public du Québec (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, page consultée le 31 mars 2023 : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortaprofilutiliservices.pdf

³ Gouvernement du Québec (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence.

Nous constatons les insatisfactions des différents acteurs impliqués dans ces processus légaux, que ce soient les familles, les usagers, les psychiatres, les avocats de la défense et des contentieux. Les délais sont trop longs, les procédures complexes et fastidieuses. Récemment, l'AMPQ a tenu des journées de discussion sur les gardes en établissement et sur les ordonnances d'autorisation de soins qui ont fait ressortir le besoin de changements à plusieurs niveaux.

Le volet criminel comprend les évaluations de l'aptitude à comparaître et de la responsabilité criminelle demandées par la cour. Il existe quelques unités dédiées de psychiatrie légale où œuvrent des psychiatres légistes, mais de telles évaluations se font également par des psychiatres généralistes dans des unités de psychiatrie générale.

On constate une grande disparité entre les milieux et les besoins sont grands. Afin de bien répondre aux exigences des tribunaux et aux besoins des patients, une unité de psychiatrie légale devrait être sécuritaire et adaptée. Le psychiatre devrait avoir accès à des professionnels formés tels que des ergothérapeutes, travailleurs sociaux, criminologues, neuropsychologues, psychologues. Ceci est loin de la réalité actuelle.

Une meilleure organisation et une hiérarchisation de la psychiatrie légale sont attendues depuis le rapport ministériel sur la psychiatrie légale de 2011. La psychiatrie légale dite criminelle comprend un aspect de réadaptation important, particulièrement lorsque les patients se retrouvent sous l'égide de la Commission d'examen des troubles mentaux, qui impose des conditions aux patients et délègue aux établissements la responsabilité de mettre en place les services et d'assurer la protection du public.

Le continuum entre les services internes et externes est laborieux alors qu'il manque de ressources d'hébergement pour les patients plus lourds et que d'autres exigent une supervision serrée de la médication ou de leur condition par des équipes SIV-SIM, sans oublier des services en dépendance (troubles concomitants).

Les services carcéraux sont malheureusement trop souvent oubliés dans la trajectoire de la psychiatrie légale, mais ils sont essentiels. Si les centres de détention offraient des soins organisés et efficaces, avec un suivi médical, l'accès à des intervenants et aux services en dépendance, le système de santé n'en serait qu'amélioré.

Consultation-liaison (CL)

Maintenant reconnue comme compétence spécifique au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le CL est le champ d'exercice de la psychiatrie qui se concentre sur les soins offerts aux patients souffrant de troubles psychiatriques et de conditions médicales comorbides et ce, tant en ambulatoire qu'en intra-hospitalier, sur les unités médico-chirurgicales.

Les troubles psychiatriques peuvent être causés ou exacerbés par une condition médico-chirurgicale, induits par les traitements de ces conditions ou compliquer les suivis. De 25 à 33 % des patients suivis en médecine ou en chirurgie et plus de 80 % des patients admis dans des centres hospitaliers généraux pour des troubles de santé physique présenteraient des comorbidités psychiatriques. Les impacts néfastes de ces comorbidités sont de plus en plus documentés : séjours hospitaliers prolongés, utilisation accrue des services de santé, coûts de santé plus élevés, ré-hospitalisations, inobservance des patients, chronicisation des

maladies physiques, complications médicales, risque accru d'invalidité persistante, diminution de la qualité de vie et souffrances indues et évitables.

L'accès à des services de CL aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie a démontré les effets positifs des soins et services en CL sur les systèmes et les institutions de santé notamment :

1. une diminution du nombre d'admissions, de réadmissions et de temps de séjour;
2. des évolutions médicales plus favorables;
3. une diminution du risque d'incidents;
4. une amélioration de l'observance;
5. une diminution des coûts de santé.

Au Québec, les services de CL ne sont pas répandus dans tous les hôpitaux en raison d'un manque d'effectifs (nombre insuffisant de psychiatres) ou de ressources allouées pour soutenir des activités de CL (infirmiers de liaison, travailleurs sociaux, etc.) et bénéficier des retombées positives notées ci-haut. Pour cette raison, nous mettons de l'avant la nécessité d'offrir aux personnes avec des comorbidités médico-chirurgicales :

1. Un accès à des soins psychiatriques dans un délai adapté à la situation clinique et en fonction des motifs de référence pertinents (soit localement ou par le biais de corridors de services);
2. Un accès à des services interdisciplinaires grâce à l'implication de professionnels en santé mentale (tels que des infirmiers, ergothérapeutes, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmiers praticiens spécialisés);
3. L'établissement d'un partenariat avec des services de consultation dédiés pour un soutien académique ou des discussions de cas complexes pour les régions plus éloignées.

Un plan de couverture psychiatrique provincial et d'affiliation au réseau

L'AMPQ travaille activement à collaborer avec les décideurs et à élaborer des solutions afin d'assurer la couverture en soins psychiatriques sur l'ensemble du territoire québécois. Cette section présente les efforts de l'Association de 2018-19 qui proposaient une participation des membres hors PEM à la couverture de garde et à l'accès à la psychiatrie partout au Québec.

Contexte

L'entente intervenue en novembre 2017 entre le gouvernement et la FMSQ prévoyait que pour toute spécialité de base, un plan de contingence soit mis en place afin d'assurer la continuité des services de médecine spécialisée sur tout le territoire du Québec.

Présentement, la continuité des services en psychiatrie est assurée par la coordination clinique au niveau de chaque milieu en recourant, au besoin, aux psychiatres dépanneurs pour couvrir plusieurs périodes dans les endroits où les effectifs en place ne permettent pas d'assurer la garde en continu.

Certains milieux ont des dépanneurs réguliers et font ainsi peu appel à la banque de dépannage. D'autres semblent toujours menacés d'un bris de services. L'autre enjeu est le risque de mettre des psychiatres dans des lieux de services ayant peu de besoins populationnels.

En 2019, l'AMPQ a formé un comité dont l'objectif était d'élaborer un plan de contingence pour soutenir les départements de psychiatrie dans les petits milieux en région leur permettant d'offrir les services psychiatriques essentiels en continu.

Au même moment, l'AMPQ constate une tendance à s'installer en cabinet, tant pour les nouveaux finissants que pour des médecins psychiatres déjà en pratique, principalement dans les grands centres urbains. Tout en offrant des services de qualité, ces cabinets n'ont aucune responsabilité populationnelle et les psychiatres qui y œuvrent n'ont pas de contingence en termes de nombre de patients, de degré de pathologie ou de fréquence des suivis. Encore présentement, cette tendance vers le cabinet entrave le recrutement en région et accentue la crise de couverture de services psychiatriques essentiels partout au Québec.

Selon les données de la FMSQ, plus de la moitié de ceux qui s'installent en cabinet le font dans la grande région métropolitaine. De plus, selon la distribution d'âge des médecins en cabinet, la pratique en cabinet n'est plus seulement un moyen de prendre une pré-retraite après une participation au réseau, mais devient plutôt un choix que certains font dès l'entrée en pratique active. Assurément, ceci contribue à la pénurie d'effectifs dans toutes les régions et à l'épuisement de ceux qui demeurent dans le réseau et qui constatent leur charge clinique s'alourdir.

Résultat du travail de l'AMPQ en 2019

Plan d'affiliation des membres pratiquant hors PEM / en cabinet proposé en assemblée générale annuelle en 2019

Des critères d'affiliation au réseau avaient été définis mais la mise en application du plan fut rejetée en assemblée générale annuelle. Les commentaires étaient à l'effet que les mesures étaient coercitives et menaçaient l'autonomie professionnelle. Dans un souci de démontrer la capacité de l'AMPQ à proposer des solutions sensées et structurantes, voici les grandes lignes du plan proposé en 2019 :

1. Afin d'être reconnu comme affilié au réseau, tout médecin ne détenant pas de PEM aurait dû s'engager à donner une disponibilité de six semaines de couverture de la garde en régions intermédiaires et/ou éloignées et d'évaluer annuellement 40 nouveaux cas provenant du CRDS ou du GASMA, ou 30 cas de la liste d'attente d'un service de pédopsychiatrie ou de gériopsychiatrie d'un établissement. À défaut, un psychiatre ne détenant pas de PEM aurait été déclaré désaffilié.
2. Parmi les semaines de disponibilité, il devait y avoir au minimum une semaine par trimestre et une semaine par deux ans afin de couvrir l'une des quatre semaines avec le plus haut taux de découverte soit : Noël, le jour de l'An, la relâche scolaire en mars et le congrès annuel de l'AMPQ.
3. Les nouveaux patients évalués en adulte ou en pédopsychiatrie pouvaient être vus en clinique externe lors de la présence en région et/ou en cabinet en télé-psychiatrie dans leur région d'origine.

4. Afin d'être désigné comme affilié, le psychiatre pratiquant hors-PEM devait soumettre ses coordonnées au comité de coordination et de vigie des affiliations de l'AMPQ, indiquer le CRDS, le GASMA ou le service de pédopsychiatrie où il donnerait les plages horaires pour les nouvelles consultations, fournir les dates de ses six semaines de disponibilité et, le cas échéant, indiquer son lieu de préférence pour le dépannage.
5. Afin de mettre à niveau les membres qui n'ont pas eu une pratique générale depuis plusieurs années, l'AMPQ s'engageait à offrir des activités de développement professionnel continu « mise à jour en psychiatrie générale », ainsi qu'une trousse d'outils pour le psychiatre de garde.
6. L'AMPQ devait mettre sur pied un comité de coordination et de vigie des affiliations de l'AMPQ. Le mandat du comité aurait été d'émettre les avis de non-affiliation, de recevoir les demandes d'affiliation ainsi que les demandes de remplacement pour les sites en pénurie d'effectifs, d'évaluer les demandes de dérogation et la reconnaissance des équivalents. À cette fin, le comité aurait eu la discrétion de moduler les demandes des centres receveurs selon des contingentes ponctuelles telles des congés de maladie ou de maternité de plus de six mois, la présence des psychiatres sur place de plus de 65 ans ou ayant une condition médicale particulière limitant leur prestation de services. De plus, le comité aurait eu le mandat de vigie afin d'assurer que les membres affiliés remplissent les tâches assignées et de revoir périodiquement les paramètres d'affiliation, selon les besoins du réseau. Sur réception des demandes de remplacement des différents milieux, le comité de vigie pouvait faire des observations et des recommandations afin d'améliorer l'organisation du travail, le climat et/ou le plateau technique.
7. Tout ce plan était conditionnel à un dossier électronique permettant le soutien à distance entre les périodes de dépannage.
8. Tout médecin psychiatre gardait la possibilité de ne pas s'affilier ainsi au réseau. Ce faisant, il devait assumer une minoration de sa rémunération.

Le plan d'affiliation a été rejeté car les membres de l'AMPQ considéraient prématuré, discriminatoire et non essentiel de mettre à contribution les psychiatres en cabinet de cette façon. Selon l'assemblée, les mesures incitatives devaient continuer d'être privilégiées. L'AMPQ a pris acte de ce vote et comme association n'avait pas les leviers essentiels à une application de nouvelles règles. Nous voulons tout de même par cette présentation d'un évènement du passé de notre vie associative démontrer encore une fois notre capacité à élaborer des règles et à collaborer en cogestion à des enjeux sociétaux importants. Ce cheminement associatif nous permet de croire que nous sommes toute désignée comme Association pour poursuivre une réelle collaboration touchant la responsabilité populationnelle concernant les soins psychiatriques.

Conclusion

Comme psychiatres, nous sommes des témoins privilégiés de l'engagement de tous nos collègues et des équipes. Le PL15 présente des opportunités d'améliorer notre engagement comme psychiatres, opportunités qui n'ont pas été suffisamment structurantes jusqu'à aujourd'hui. De nouveaux leviers sont probablement souhaitables. Les médecins psychiatres restent des acteurs importants et engagés et leur meilleur potentiel ressort quand ils ont de l'espace pour une forme d'autogestion, et impliqués dans le mieux-être des équipes et des patients. Le gouvernement doit bien baliser les responsabilités et l'imputabilité des groupes médicaux, mais aussi leur donner une certaine capacité pour développer les meilleures solutions locales.

Ce projet de loi porte aussi de grands risques. Une structure qui ne sera pas à l'échelle humaine va causer de la souffrance et du désengagement chez les soignants, surtout si la structure met un impératif sur la performance au détriment de la qualité et de la pertinence des soins.

L'AMPQ a clairement été source d'inspiration pour beaucoup des concepts intégrés dans les politiques et plans d'action du MSSS des dernières années. Notre groupe porte une vision claire et tournée vers l'avenir des services psychiatriques. Des gestionnaires éloignés du terrain n'auraient pas réussi à articuler une vision de services aussi éclairée et surtout réalisable rapidement sur le terrain.

Pour ces raisons, éloigner les médecins des centres de décision concernant les soins aux patients, comme semble le faire le PL15, comporte des risques importants de désengagement des médecins, qui pourraient se mettre beaucoup plus en mode résistance plutôt que vecteurs de changements positifs.

Les chefs de département devraient conserver une autorité importante dans l'organisation médicale, avec l'imputabilité associée. Une cogestion médico-administrative équilibrée devrait rester un fondement de l'organisation. Nous sommes d'avis que cela apporte une expertise indispensable et assure une perspective plus clinique, une voix plus indépendante, au bénéfice des patients, dans une gestion qui pourrait autrement devenir strictement comptable et directive.

En psychiatrie, nous travaillons avec plusieurs partenaires (représentants de la justice, corps policier, ressources en hébergement, organismes communautaires, écoles, RPA, équipes de première ligne, médecins de famille) et il y a une complexité particulière à trouver l'équilibre entre toutes ces fonctions.

Nos propositions visent à offrir à Santé Québec une bonne idée du panier de services psychiatriques qui devrait être disponible dans chaque établissement local, mais qui sont très inégaux entre les différents CISSS actuels. Elle permettrait de guider les investissements et les transformations, mais aussi les PEM et éventuellement les AMP. C'est pourquoi il serait judicieux de prévoir la création de comité de santé mentale dans chacune des régions pour assurer la coordination des soins et des services. Une telle fonction devrait aussi être prévue au sein de Santé Québec.

Nous espérons que le MSSS travaillera à mettre en place ou à consolider ce panier de service avec les médecins, plutôt qu'en dépit d'eux, en se fiant uniquement sur une ligne d'autorité rectiligne allant de Santé Québec à travers les PDG et les directeurs médicaux de chaque établissement.

Avec ce mémoire, et comme nous l'avons toujours fait, nous affirmons notre expertise non seulement pour donner des soins de qualité, mais aussi pour réfléchir à une offre et une organisation de soins riches et adaptées aux besoins des patients, en collaboration avec les dirigeants.

En annexe de ce mémoire de l'AMPQ, vous retrouverez le mémoire du forum des ÉTATS GÉNÉREUX organisé par divers acteurs engagés du réseau, dont l'AMPQ. Une consultation pré-forum a permis de proposer des orientations qui ont donné lieu à des discussions en interdisciplinarité lors de cette journée stimulante du 28 avril avec plus d'une centaine de participants, travailleurs du réseau, patients partenaires, éthiciens cliniques, gestionnaires et experts du domaine. Cette journée se voulait une réflexion sur la santé des soignants au sens large (patients, proches, professionnels, travailleurs, etc), sur les constats d'absence, d'épuisement et d'exode et sur des solutions structurantes à explorer.