Mémoire des chefs des départements de psychiatrie des instituts universitaires en santé mentale du Québec portant sur le projet de loi no 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*

Présenté par

Mimi Israël, M.D., FRCPC,
Chef du département de psychiatrie, Institut universitaire en santé mentale Douglas
Chef du département de psychiatrie et professeure agrégée, Université McGill ,
Présidente, Assemblée des chefs de département de psychiatrie de Montréal
Directrice, sous-comité de la santé mentale, RUIS McGill

J.André Luyet, M.D., FRCPC,
Directeur des affaires médicales et cliniques et
Chef du département de psychiatrie, Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Professeur adjoint, Université de Montréal

Évens Villeneuve, M.D., FRCPC,
Chef du département de psychiatrie,
Directeur médical des programmes-clientèles et
Responsable médical du Programme de traitement des troubles sévères de personnalité,
Institut universitaire en santé mentale de Québec
Professeur agrégé de psychiatrie à l'Université Laval

Douglas INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE MENTAL HEALTH UNIVERSITY INSTITUTE

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Institut universitaire en santé mentale de Québec

Table des matières

Sommaire exécutif 2

Introduction 3

Nos constats 4

Constat 1 4
Constat 2 7
Constat 3 9

Nos recommandations 13

Piste de solutions 1 13
Piste de solutions 2 15
Piste de solutions 3 17

Conclusion 18

Sommaire exécutif

Nous, les trois chefs des départements de psychiatrie des instituts universitaires en santé mentale, constatons que :

1. Les besoins des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale et qui sont très vulnérables doivent être protégés à tout prix, à plus forte raison au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

2. Il y a une augmentation marquée du nombre de jeunes souffrant de troubles de santé mentale. L'avenir des soins en santé mentale passe par la prévention, le dépistage et l'intervention précoces chez les jeunes.

3. La santé mentale semble bénéficier d'un élan depuis quelques années et il serait préjudiciable pour le Québec entier de le perdre, alors que la recherche en santé mentale commence à peine à rattraper un retard de plusieurs décennies par rapport à la recherche et aux soins en santé physique.

Ainsi, nous recommandons à la Commission dans le cadre des Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de Loi 10 :

1. Que le pourcentage du budget en santé qui est consacré à la santé mentale soit maintenu et indexé au cours des prochaines années afin de protéger la qualité et l'accès aux soins, incluant les soins d'avant-garde que la recherche de pointe effectuée ici, dans nos instituts, permet d'offrir.

2. Que les missions universitaires d'enseignement, de recherche et d'évaluation en santé mentale soient protégées, en s'assurant qu'au sein de la gouvernance des CISSS, elles soient bien représentées et défendues et que ces dispositions et principes figurent clairement au projet de loi.

3. Que la représentativité, au sein des conseils d'administration des CISSS, des personnes vulnérables, notamment des personnes qui présentent un problème de santé mentale, soit protégée et garantie dans la loi.

Introduction

À titre de chefs des départements de psychiatrie des trois instituts universitaires en santé mentale du Québec, nous souhaitons présenter ce mémoire pour que soit entendue, dans le cadre des Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de Loi 10, la voix de nos concitoyens et concitoyennes touchés par des problèmes de santé mentale. Nous voulons nous assurer que leurs intérêts seront pris en compte dans le projet de Loi 10.

Nous adhérons aux orientations de ce projet de loi qui est de faciliter et simplifier l'accès aux soins pour les patients.

Par ce mémoire, nous souhaitons attirer votre attention sur la réalité vécue par les gens présentant des troubles mentaux. Nous souhaitons vous apporter des constats et des pistes de solutions qui tiendront compte de la réalité de cette clientèle très vulnérable et hautement stigmatisée. Nous savons tous à quel point les enjeux entourant l'accès aux soins et services sont importants pour ces personnes. À l'instar de nombreux Québécois et Québécoises, les membres de la Commission connaissent probablement eux-mêmes une personne touchée par un trouble mental[1].

Comme cliniciens, nous estimons qu'il est essentiel de représenter les intérêts de ces personnes dont la grande vulnérabilité a été maintes fois démontrée par la recherche. À plus forte raison, comme chefs de département de psychiatrie qui jouons un rôle au sein de nos instituts universitaires en termes d'orientation des soins, des services et de la recherche en santé mentale de même que dans l'évaluation, l'enseignement et la formation de la relève en psychiatrie, nous ne pouvions garder le silence.

Nous croyons qu'il est de notre devoir de vous présenter ici un portrait de ces personnes, de leur vulnérabilité. Nous voulons aussi vous sensibiliser aux enjeux socioéconomiques importants liés à cette problématique.

Pour ce faire, nous tenons à vous tracer, dans un premier temps, un portrait de la santé mentale au Québec. Celui-ci prendra la forme de constats, au nombre de trois, qui seront étayés grâce à des données probantes. Chaque constat sera résumé à la fin de sa section.

Ensuite, nous vous présenterons nos recommandations qui, nous l'espérons, permettront d'enrichir le projet de loi ainsi que les discussions qui entourent la santé mentale au sein de notre réseau de la santé. Ainsi, nous espérons vivement que les besoins des gens que nous traitons seront considérés et que l'environnement dans lequel nous leur offrons des soins, tout en favorisant l'avancement des connaissances en neurosciences et en santé mentale, sera amélioré.

Nos constats

Constat 1 :

Les besoins des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale et qui sont très vulnérables au sein de notre société doivent être protégés à tout prix; à plus forte raison au sein de notre réseau de la santé et des services sociaux.

La santé mentale, c'est l'affaire de tous. Au Québec, selon *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*[2], c'est près d'une personne sur cinq qui est atteinte de troubles mentaux, tout comme au Canada. Indirectement ou directement, c'est l'ensemble de la population qui sera, un jour, touché par la maladie mentale. Et il ne faut pas se le cacher : **il ne peut y avoir de santé sans santé mentale.**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que la santé physique et la santé mentale sont les composantes essentielles de la santé globale d'un individu. Celle-ci est définie, toujours par l'OMS, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social »[3].

Cette notion de lien indissociable entre santé physique et santé mentale est illustrée par le fait que les troubles mentaux sont souvent associés à certains problèmes de santé physique (diabète, maladies cardiaques, pulmonaires, troubles neurologiques comme le Parkinson, etc.)[4].

Inversement, il est reconnu que les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale sont globalement en moins bonne santé, notamment en raison de la stigmatisation dont elles sont victimes[5]. La stigmatisation représente un des principaux freins à la quête de soins : « *Les préjugés incitent près de 2/3 des personnes atteintes à ne pas chercher l'aide dont elles ont tant besoin* »[6].

Il faut souligner aussi la présence de troubles concomitants aux problèmes de santé mentale, dont la toxicomanie et l'abus de substance. Plus de 50 % des personnes ayant eu un trouble mental au cours de leur vie auront également un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues[7] .

Plus encore, certaines études concluent que les personnes qui souffrent de troubles mentaux seraient moins bien soignées que les autres clientèles. Des soins de santé physique ne seraient pas offerts avec la même qualité à des patients qui ont un diagnostic de troubles mentaux. Ce phénomène est connu sous le nom de *diagnostic overshadowing*, alors que les symptômes physiques éprouvés par un patient ayant un trouble mental sont attribués de manière erronée à la maladie mentale et non à un réel problème de santé physique[8]. Les conséquences de cette iniquité qualitative et quantitative en termes d'accès à des soins pour les patients en santé mentale touchent aussi leur espérance de vie. Par exemple, les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire ont une espérance de vie en moyenne inférieure de 20 ans à celle de la population générale. Parmi les causes principales de mortalité prématurée pour les personnes ayant des troubles mentaux, notons particulièrement les problèmes de santé physique[9], tels les maladies cardiovasculaires[10],

ainsi que l'impact des facteurs de risque connus en santé publique, comme les habitudes de vie : le tabagisme, l'alimentation et la sédentarité[11].

La mortalité liée aux troubles mentaux est aussi expliquée en partie – mais non exclusivement – par le suicide[12]. Le taux de suicide au Québec est particulièrement élevé chez les hommes[13], chez les enfants et les adolescents[14]. Cette association étroite entre troubles mentaux et suicide a été observée dans le cadre de plusieurs recherches scientifiques[15]. Le risque de suicide est 12 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble mental que dans la population générale. De plus, on estime qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide avaient un trouble mental[16] et le même pourcentage se rencontre chez les adolescents qui mettent fin à leurs jours[17].

Une vulnérabilité importante

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont vulnérables et plus susceptibles que la population générale d'être marginalisées et stigmatisées, comme le rapportent de nombreuses recherches [18].

Au Québec, les troubles mentaux sont plus fréquents chez les populations économiquement défavorisées. Chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, il semble que la pathologie soit le principal déterminant à l'origine de la pauvreté. Pour la majorité des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'aide sociale est généralement la seule source de revenus, étant donné que 80 % à 90 % d'entre elles sont sans emploi[19]. Les politiques publiques qui visent à réduire la pauvreté, aussi bien absolue que relative, ont généralement un effet bénéfique notable sur les troubles mentaux[20].

Selon *L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* [21] (Statistique Canada, 2002), la prévalence des troubles mentaux et des abus de substances chez la population à faible revenu serait de 37 % plus élevée que chez la population canadienne mieux nantie. La prévalence sur 12 mois de la manie et de l'agoraphobie chez la population à faible revenu est deux fois supérieure, tandis que celle de la détresse psychologique est de 50 % plus élevée, comparée à celle de la population mieux nantie[22].

Près de 70 % des itinérants ont au moins un trouble mental, si l'on inclut les troubles liés à l'usage des drogues et de l'alcool[23] . 80 % de ceux-ci ont des problèmes de consommation, et parmi eux, la moitié a atteint l'état de dépendance. Le principal motif de visite à l'urgence de cette clientèle est lié aux troubles mentaux et du comportement (35 %) et, pour 52 %, il devient le motif fondamental d'hospitalisation. Les itinérants sont d'ailleurs souvent conduit à l'hôpital à la suite d'une intervention policière. L'itinérance touche 15 % des personnes présentant des troubles graves et persistants telle la schizophrénie[24].

<u>Synthèse du premier constat :</u>

- Une personne sur cinq est atteinte d'un problème de santé mentale;
- La stigmatisation et la marginalisation sont des freins à la quête de soins;
- La maladie mentale est trop souvent associée à la pauvreté, au suicide, aux problèmes de consommation de drogue ou d'alcool et à l'itinérance.

En conséquence, les besoins des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale et qui sont très vulnérables au sein de notre société doivent être pris en compte à tout prix.

Constat 2

Il y a une augmentation marquée du nombre de jeunes souffrant de troubles mentaux. L'avenir des soins en santé mentale passe par la prévention, le dépistage et l'intervention précoce chez les jeunes.

Dans le document *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé*[25], la Commission de la santé mentale du Canada souligne que les problèmes de santé mentale et les maladies afférentes ont des effets économiques à long terme, car ils se développent tôt dans la vie. Les troubles mentaux qui se manifestent au cours de l'enfance entrainent des coûts additionnels très importants à l'âge adulte, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans ceux de l'éducation et de la justice pénale, et ce, sur une période pouvant s'étendre de 10 à 27 ans[26].

Par exemple, de 70 % à 80 % des troubles mentaux chez les adultes se seraient manifestés avant l'âge de 25 ans[27, 28, 29]. Il est démontré que 50 % des pathologies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 70 % avant d'atteindre l'âge adulte. Cette période est également celle des premières expériences de consommation d'alcool et de drogues et de l'adoption de comportements à risque[30].

De plus, certaines études viennent confirmer que ces troubles mentaux, s'ils n'ont pas fait l'objet d'une intervention précoce réussie, persistent à l'âge adulte. Par exemple, une étude américaine a démontré que 21,6 % des jeunes filles ayant un trouble de l'alimentation présentaient le même trouble dix ans plus tard[31].

Au Québec, plus de 230 000 enfants et jeunes auraient des symptômes de troubles mentaux. Les troubles anxieux sont les plus répandus, puisqu'on les observe dans 6,5 % de la population des jeunes, suivis par les troubles de la conduite et le trouble du déficit de l'attention, qui touchent chacun 3,3 % de cette population, et les troubles dépressifs qui affectent 2,1 % de ce même groupe. L'ensemble des autres troubles qui affectent les jeunes — l'abus de certaines substances, les troubles envahissants du développement, les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, le syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles alimentaires et le trouble bipolaire — atteignent près de 2 % d'entre eux[32]. Ajoutons à ces chiffres que la comorbidité psychiatrique est encore plus importante chez les jeunes[33].

Les résultats préliminaires de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2011-2013 révèlent un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, soit de 20,8 %[34]. De plus, 50 % des enfants et adolescents atteints d'un trouble mental en Amérique du Nord ont d'autres troubles mentaux associés[35].

Synthèse du second constat :

- Les troubles mentaux se manifestent souvent tôt dans la vie d'une personne et entraînent un important fardeau économique en termes de besoins de soins et services requis à l'âge adulte pour une société.
- La plus récente enquête sur la santé des jeunes au secondaire indique que nos enfants, dans une proportion de 20 %, présentent un indice élevé de détresse psychologique.

Au Québec, c'est 230 000 jeunes qui auraient un trouble mental; l'avenir passe indéniablement par la prévention, le dépistage et l'intervention précoce en santé mentale.

Constat 3

La santé mentale semble bénéficier d'un élan depuis quelques années et il serait préjudiciable pour le Québec de le perdre, alors que la recherche en santé mentale commence à peine à rattraper un retard de plusieurs décennies par rapport à la recherche et aux soins en santé physique.

La manière dont nous percevons et traitons la santé mentale a connu de grands changements en Occident au cours des 50 dernières années. Nous percevons que ces changements sont porteurs d'espoir et même si nous sommes loin d'avoir gagné notre combat contre la stigmatisation, des progrès pour changer les perceptions, améliorer les soins et favoriser la recherche ont été constatés.

D'abord les mouvements de désinstitutionalisation et d'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale ont mené à des changements dans la façon de rendre les services et les soins. Ils ont conduit à la création de liens plus étroits entre les établissements de santé et les milieux communautaires, ainsi que dans le réseau lui-même. Nous avons assisté à une évolution des pratiques en soins partagés entre la première et la deuxième ligne, dont un exemple est la mise en place de médecins spécialistes répondants en psychiatrie et de professionnels répondants qui donne d'excellents résultats, lorsqu'implanté de manière optimale[36].

Dans une perspective de soutien à leurs partenaires, nos instituts ont développé de nombreuses activités de formation et de transfert des connaissances, vers les équipes de première ligne des CSSS, des organismes communautaires et plus largement au plan provincial. En plus des bénéfices escomptés à l'égard du développement de l'expertise, ces activités favorisent la cohésion et l'établissement de liens soutenus avec nos partenaires. Notons enfin que nos instituts ont développé, à l'intention de la population, des activités de sensibilisation et d'information sur le thème de la santé mentale.

Cette évolution amène depuis quelques années de nombreux intervenants du domaine de la santé mentale à favoriser la philosophie du rétablissement et surtout à prôner l'exercice de la pleine citoyenneté pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Au sein de notre collectivité, l'expression de la pleine citoyenneté consiste, pour les individus qui la composent, en la possibilité de jouer un rôle actif dans le respect de leurs droits, devoirs et capacités. L'exercice de la pleine citoyenneté fait donc appel à la solidarité et à la place que notre collectivité accorde à chaque individu. Viser une pleine citoyenneté, c'est demander et assurer une place pour tous dans la communauté. C'est refuser de mettre à l'écart qui que ce soit, pour quelque raison que ce soit.

Au fil des ans, nos instituts ont activement favorisé cette approche. Des patients ont été associés à des projets qui s'inscrivent dans la réalisation de notre mission, qu'il s'agisse de projets de pairs-aidants ou de patients partenaires de soins, de recherche et d'enseignement.

Tout ceci est appuyé par la mise en place du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du Québec. Celui-ci a entraîné une révision complète de l'organisation des soins et des services en santé mentale. Les principes centraux invoqués visent à assurer en toute fluidité un accès rapide et facile aux services requis selon l'épisode de soins, près des collectivités, avec une complémentarité entre les services généraux et spécialisés.

Les grandes lignes du Plan d'action ont été confirmées dernièrement par les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec[37] qui réitèrent la nécessité de faire la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de la maladie par une intervention précoce, la consolidation de la 1re ligne et la mobilisation des organismes communautaires, la lutte à la stigmatisation, l'élargissement de l'offre de services psychologiques et l'amélioration continue du système.

Il faut agir en prévention, assurer l'intervention précoce tant chez les jeunes, que chez les personnes vieillissantes; avoir une approche de santé globale; limiter le recours à l'hospitalisation en prévoyant des solutions de rechange; privilégier l'intervention de proximité, les approches systémiques et de réseau; mobiliser et soutenir l'entourage personnel et social; solliciter les partenaires intersectoriels et agir sur le plan politique pour améliorer les conditions de vie et les déterminants de la santé pour préserver les tissus communautaires, et continuer à le faire en partenariat, comme c'est de plus en plus souvent le cas, alors que nous arrivons à la dixième année d'existence des CSSS.

Du côté de la recherche en neurosciences et en santé mentale, une évolution importante a aussi été constatée, même si nous sommes encore loin d'une situation idéale. Depuis quelques années, la science a permis de faire des progrès importants dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. Aujourd'hui, nous savons que souvent, les maladies mentales les plus graves ont un fondement biologique et qu'en ce sens, elles ne sont pas différentes des maladies physiques graves et chroniques. Nous savons aussi que l'environnement dans son sens le plus large rend certains sujets plus vulnérables que d'autres à la maladie mentale.

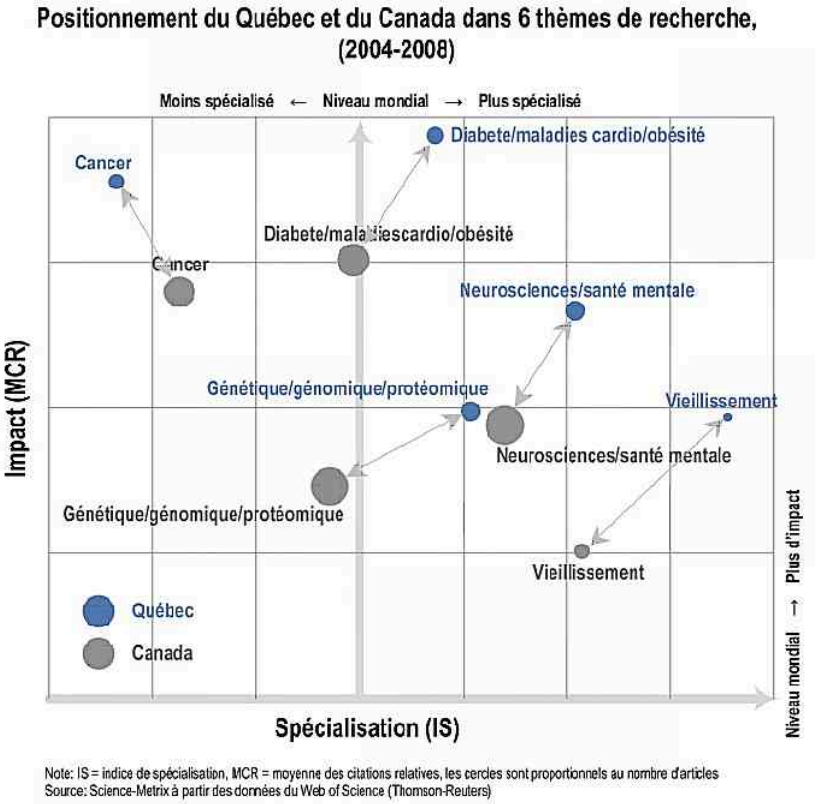
Au Québec seulement, nous avons fait des percées importantes en recherche au sein des instituts. Récemment nous avons ainsi obtenu au Québec une Chaire d'excellence en recherche du Canada (CERC) en neurophotonique. Il s'agit d'un des plus importants programmes de financement dans le monde, qui vise à attirer au Québec les meilleurs chercheurs de la planète. Les résultats de ces recherches mèneront au développement de nouvelles interventions non invasives et à de meilleurs diagnostics des maladies psychiatriques. D'autres percées importantes sont à prévoir dans la compréhension des causes biologiques d'une certaine forme d'autisme, où nous approchons d'une découverte qui aura un impact majeur au niveau mondial.

Bref, si en médecine le cerveau comporte encore bien des secrets, nous sommes au Québec, avec nos centres de recherche, à la veille d'en percer plusieurs.

Au niveau de la détection et de l'intervention précoce, nous avons plusieurs projets prometteurs destinés aux jeunes, tels le projet TRAM-ACCESS qui mènera à des

transformations majeures dans nos façons d'offrir des services à cette clientèle ou le Projet CITÉ, qui associe les partenaires de la santé mentale jeunesse et adulte afin d'éviter toute rupture de services.

Cette effervescence dans la recherche est soutenue dans les faits par un financement qui semble avoir connu une augmentation relative importante. Les instituts Douglas, de Québec et de Montréal ont connu une hausse de leur financement de la recherche de la part du Gouvernement du Québec, notamment par le Fonds de la recherche du Québec – Santé (FRQ-S), pour développer des infrastructures de recherche et soutenir des projets novateurs. D'ailleurs, ces investissements ont permis d'attirer des chercheurs de renom et se traduisent par une excellence du travail effectué en neurosciences et en santé mentale, tel qu'illustré par le graphique suivant, tiré du site du FRQ-S[38].



Note : La taille des cercles représente le nombre de publications. On observe que la communauté des chercheurs québécois (cercles bleus) affiche, dans la majorité des domaines, un degré de spécialisation supérieur à la moyenne mondiale (flèche grise verticale) et à celui du reste du Canada (cercles gris). De plus, la qualité des travaux issus du Québec (mesurée par la moyenne des citations relatives ou MCR) dépasse le niveau d'excellence mondial (flèche grise horizontale) et la performance canadienne.

Toutefois, il faut noter que notre réseau est actuellement confronté à un sous-développement des mesures par rapport à celles qui façonnent les pratiques en santé physique. En conséquence, il est essentiel d'harmoniser le travail d'évaluation de l'efficience des trajectoires de soins en santé mentale, un rôle que les trois instituts en santé mentale sont aptes à jouer au bénéfice de l'ensemble de notre réseau. Fruit de la concertation des instituts et des établissements régionaux, ce travail d'analyse d'efficience des épisodes de

soins constitue d'ailleurs une étape-clé de la transition progressive vers un mode de financement selon des standards de performance clinique définis.

Synthèse du troisième constat :

- La manière dont nous percevons et traitons la santé mentale a connu de grands changements au cours des 50 dernières années.
- Cette évolution amène de nombreux intervenants du domaine de la santé mentale à intégrer l'approche du rétablissement et l'exercice de la pleine citoyenneté.
- Dans une perspective de soutien à leurs partenaires, nos instituts ont développé des pratiques en soins partagés et de nombreuses activités de formation et de transfert des connaissances.
- Nos instituts proposent également des activités de lutte aux préjugés et d'éducation à l'intention de leurs collectivités afin d'atteindre une véritable inclusion sociale.
- Nous avons fait des percées importantes en recherche au sein des instituts. Et si en médecine le cerveau comporte encore bien des secrets, nous sommes au Québec à la veille d'en percer plusieurs.

Il serait donc préjudiciable de perdre ces avancées, alors que le domaine de la santé mentale commence à peine à rattraper un retard de plusieurs décennies par rapport aux soins en santé physique.

Nos recommandations

Piste de solution 1

Le pourcentage du budget en santé consacré à la santé mentale doit être minimalement maintenu et indexé au cours des prochaines années afin de protéger la qualité et l'accès aux soins, incluant les soins d'avant-garde que la recherche de pointe effectuée ici, dans nos instituts, permet d'offrir.

Considérant que :

- Selon l'OMS, les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde[39].
- L'OMS estime qu'un minimum de 13 % des budgets en santé doit être accordé à la santé mentale[40]. Au Québec, seulement 7 % des 49 % du budget consacré à la santé est alloué au secteur de la santé mentale.
- Les coûts économiques engendrés par les troubles mentaux sont très importants. Même les scénarios les plus conservateurs estiment que les coûts des maladies mentales pour l'économie canadienne s'élèvent à plus de 50 milliards de dollars par année[41]. Ce montant représente 2,8 % du PIB[42].
- Parmi les sept principaux problèmes de santé au Canada[1], les troubles mentaux viennent en tête en ce qui concerne les coûts totaux associés aux soins directs. Ils viennent au troisième rang en tant que facteur contribuant au fardeau économique annuel total que représentent ces sept problèmes.
- 15 % des personnes vivant avec la schizophrénie sont hospitalisées au moins une fois dans leur vie, le taux de ré hospitalisation est d'environ 20 % au Québec. Les troubles schizophréniques et psychotiques représentent 37 % des jours présence dans les centres hospitaliers canadiens. Le coût d'une hospitalisation est de 261 $ par jour dans les hôpitaux généraux et de 301 $ dans les hôpitaux psychiatriques. Le taux de première hospitalisation a augmenté dans les trois dernières années de 4 %[43].
- Selon une étude réalisée en 2008, les personnes atteintes de maladie mentale (diagnostiquée ou non) consultent plus souvent les omnipraticiens et les spécialistes et sont plus souvent hospitalisées que les autres personnes. Le coût moyen par personne en soins médicaux est de 2 515 $ pour les personnes ayant une maladie mentale diagnostiquée, de 1 442 $ pour celles ayant une maladie mentale non diagnostiquée et de 643 $ pour celles n'ayant pas de maladie mentale.

---

[1] Les sept principaux problèmes de santé sont : les maladies musculosquelettiques, les maladies cardiovasculaires, les troubles neuropsychiatriques, les tumeurs malignes, les blessures, les maladies de l'appareil digestif et les maladies respiratoires. Source : *Investir en prévention : la perspective économique*, Agence de la santé publique du Canada, 2009.

- Les maladies mentales ont des effets économiques à long terme, car elles se développent tôt dans la vie.
- Les recherches en santé mentale, notamment les recherches cliniques et celles portant sur les services et les politiques en santé mentale pour le Québec mènent à l'adoption d'approches novatrices, qui mènent elles-mêmes à une offre de soins améliorée.

Il faut s'assurer :

- Que les budgets consacrés à la santé mentale soient protégés dès maintenant et indexés au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux.
- Que soient prévues des garanties pour que les instituts universitaires en santé mentale puissent bénéficier de la protection et de l'indexation de leur budget.
- Que des dispositions assurent la protection les clientèles vulnérables de notre réseau de la santé et des services sociaux, notamment les patients présentant un trouble mental, et en garantissant que le travail de partenariat avec la communauté et la première ligne pourra se poursuivre pour leur offrir les meilleurs soins.

Piste de solutions 2

Il est essentiel de protéger les missions universitaires et la recherche en santé mentale, en s'assurant qu'au sein de la gouvernance des CISSS, elles soient bien représentées, défendues et protégées.

Considérant que :

- Les budgets en santé mentale ne vont représenter au sein des CISSS qu'une infime partie du budget général, notamment par rapport à la santé physique;
- Les instituts jouent un rôle majeur qui permet d'offrir des soins novateurs, d'évaluer des politiques et des services, de veiller au transfert des connaissances à l'échelle de la province, ainsi qu'à la formation de la relève clinique, académique et scientifique;
- Les instituts se sont vu confier dans le cadre de leur RUIS des mandats suprarégionaux qui doivent être maintenus et confirmés;
- Nous sommes à l'aube de découvertes importantes au Québec dans le secteur des neurosciences et de la santé mentale qui amélioreront les soins et les services, notamment le dépistage, la prévention et l'intervention précoces de cette maladie.

Il faut s'assurer de protéger les missions universitaires et la recherche en santé mentale :

- En faisant référence spécifiquement aux instituts universitaires dans la loi (paragraphes 7 et 8 de l'article 8);
- En s'assurant que les milieux de la recherche et universitaire soient adéquatement représentés au sein des conseils d'administration des CISSS, pour les instituts universitaires et leur centre de recherche;
- En s'assurant que les recommandations des RUIS s'actualisent quant à la composition des conseils d'administration.

Les bénéfices de protéger les missions universitaires et la recherche en neurosciences et en santé mentale sont :

- Le maintien de la réputation d'excellence et d'innovation dont jouissent les trois centres de recherche des instituts universitaires en neurosciences et en santé mentale du Québec;
- Le maintien de la capacité de formation de la relève clinique, académique et scientifique en offrant des environnements stimulants afin d'attirer des candidats de haut niveau dans le domaine des soins et de la recherche en neurosciences et en santé mentale;
- Une continuité dans le transfert des connaissances à l'échelle de la province, pour favoriser l'accès à des soins de pointe, le plus près possible du milieu de vie de la personne, par exemple, par le transfert des connaissances dans l'ensemble du

Québec pour faciliter des interventions spécialisées le plus près possible du milieu de la personne traitée et éviter des transferts en 2e et 3e ligne;

- Le développement d'indicateurs susceptibles d'évaluer l'avancement des travaux en santé mentale dans le cadre de l'attribution du financement par activités envisagé par le Gouvernement du Québec.

Piste de solutions 3

La représentativité, au sein des conseils d'administration des CISSS, des personnes vulnérables, notamment des personnes qui présentent un problème de santé mentale, doit être protégée et garantie dans la loi.

Considérant que :

- Les instituts en santé mentale ont mis en place des initiatives novatrices afin d'associer davantage les personnes qui présentent un problème de santé mentale et leurs proches, tels que les projets de pairs-aidants, patients partenaires, etc.;
- Le Plan d'action en santé mentale souscrit à des initiatives visant à associer davantage les usagers et leurs proches;

Il faut s'assurer de :

- ➢ Garantir une représentativité, au sein des conseils d'administration des CISSS, des personnes vulnérables, notamment des personnes qui présentent un problème de santé mentale.

Conclusion

Il nous apparaît judicieux que le ministre de la Santé et des Services sociaux veuille améliorer l'accès aux soins pour les patients et de situer les personnes au centre de cette démarche. Nous croyons toutefois que certains éléments du projet de Loi 10 mériteraient d'être bonifiés afin de sauvegarder les acquis des trois instituts québécois en santé mentale, et ce, au bénéfice des personnes vulnérables qui font appel à nos services, notamment les personnes atteintes d'un trouble mental.

Nous souhaitons donc vivement que nos recommandations contribuent à l'exercice actuel mené par les membres de la Commission en vue d'améliorer et d'optimiser le dispositif de soins de notre réseau.

Notes de fin de document

1. Commission de la santé mentale du Canada, *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé*, 2012.

2. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2009.

3. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

4. Fleury, M.-J. et G. Grenier, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Commissaire à la santé et au bien-être, 2012, Gouvernement du Québec.

5. *Ibid*.

6. Patrick W. Corrigan cité par Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence-Groupe provincial sur la stigmatisation en santé mentale (GPS-SM)*, mars 2014.

7. Cloutier,R. M.D, psychiatre et chef médical de la Clinique Cormier-Lafontaine (avril 2010), *Intersection(sécurité publique Québec), Itinérance, santé mentale et toxicomanie : un mélange potentiellement explosif,* Bulletin d'information et de liaison sur la police de type communautaire, numéro 31.

8. Jones, S., Howard, L. et G.Thornicroft, *Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness*, Acta Psychiatrica Scandinavica, volume 118, numéro 3, septembre 2008.

9. Samson, A. cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit*.

10. *Ibid.*

11. Lesage, A. et V. Émond,, *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, surveillance des maladies chroniques* (2012), Institut national de santé publique du Québec, numéro 6, gouvernement du Québec.

12. *Ibid*

13. Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. *Indicateurs de la santé* (2010) No.1, Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec.

14. Renaud, J., *et al.* , *Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study* (2008), Journal of Affective Disorders, vol. 105, no 1-3.

15. *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide* (2008), Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE). [En ligne], http://www.criseapplication.uqam.ca]

16. Routhier, D., N.Leduc, et A, Lesage, *Tentatives de suicide et recours aux services de santé : avant et après une hospitalisation, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression* (2011), Berlin, Éditions universitaires européennes.

17. Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), *op.cit.*
18. Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit*.

19. Stuart, H., et J.Arboleda-Florez, *Maladie mentale et discrimination en emploi: examen des enjeux* (2009), traduit par A.Samson, Le partenaire, vol. 18, no 1.

20. *La situation de la santé mentale, Guide des politiques et des services de santé mentale* (2004) Organisation mondiale de la santé.

21. *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (octobre 2002), Santé Canada.

22. Caron, J., et A. Liu. , *A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations* (2010), Chronic Diseases in Canada, vol. 30, no 3.

23. Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit.*

24. Cloutier,R. M.D, psychiatre et chef médical de la Clinique Cormier-Lafontaine, *Intersection(sécurité publique Québec), Itinérance, santé mentale et toxicomanie : un mélange potentiellement explosif* (avril 2010), Bulletin d'information et de liaison sur la police de type communautaire, numéro 31..

25. Commission de la santé mentale du Canada (2012), *op.cit.*

26. *Investir dans la santé mentale*, Genève (2004), Organisation mondiale de la santé, 27 pages.

27. *La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence : l'âge de tous les possibles* (2011) New York, Unicef, cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit.*

28. Burns, J., *et al*., *Reach Out! Innovation in service delivery* (2007), Medical Journal of Australia, vol. 187, no 7, p. s31-s34, cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit.*

29. Leitch, K .K., *Vers de nouveaux sommets – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes* (2007), Santé Canada, 243 pages cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit.*

30. *Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Services de santé et médecine universitaire, gouvernement du Québec, document de consultation.

31. Heatherton,T. F., *et al. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms* (1997), Journal of Abnormal Psychology, vol. 106, no 1, p. 117-125 cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit.*

32. *La Force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.

33. Spady, D. W., *et al.* , *Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data,* (2001), Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, vol. 155, no 10, p. 1153-1159. cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op.cit*.

34. Duplain, M. et Rochette, l'équipe Surveillance, *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2010-2011) Résultats préliminaires pour la Capitale-National Volet 2 : santé mentale et adaptation sociale* (2013), Direction générale de santé publique de la Capitale-Nationale.

35. *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – Volet II: Pédiatrie – Jeunes adultes* (2011), Conseil du médicament, Québec, Gouvernement du Québec.

36. Israël, M. et D. Fortin, *Une expérience de soins de collaboration dans le sud-ouest de Montréal. Bilan pour le Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal*, 2014.

37. Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op cit.*

38. *Positionnement du Québec et du Canada dans 6 thèmes de recherche (2004-2008),* Fonds de recherche-Santé, site internet http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/recherche_sante/expertise_quebecoise.shtml

39. *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat*, Organisation mondiale de la santé, 129e session, 1er décembre 2011, cité par Fleury, M.-J. et G. Grenier, *op cit.*

40. *Ibid.*

41. Commission de la santé mentale du Canada (2012), *op.cit.*

42. *Ibid.*

43 Janssen Inc. *Profil clientèle en psychiatrie au Québec La schizophrénie et autres troubles psychotiques Document de réflexion* (23 mai 2014), , Conseil en immobilisation & management Inc.