



Établissement de priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave

*Recommandations des psychiatres du Canada
Mars 2006*

Introduction

En août 2005, les médecins du Canada, par l'entremise de l'Association médicale canadienne et de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun, ont publié le rapport « Il est grand temps d'agir ! Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires » qui précise les délais d'attente acceptables du point de vue médical dans diverses affections (1).

L'accès aux services de santé spécialisés en cas de maladie mentale est un problème de taille dans tout le pays. Non seulement les délais d'attente sont longs, mais les médecins de famille éprouvent également beaucoup de difficulté à obtenir des services dans de nombreuses régions. En milieu rural, le problème est particulièrement criant. Pourtant, l'accès aux services en temps opportun est essentiel pour ces malades qui, tout en nécessitant des soins, sont réticents à consulter par crainte de la stigmatisation ou parce qu'ils ressentent de la honte.

Si le délai d'attente dans l'obtention de services de santé est long en général, l'attente avant d'obtenir des services psychiatriques est interminable. Pour la plupart d'entre nous, la peur de « perdre la tête » est la plus effroyable. Dans ce contexte, la consultation médicale en temps

opportun et le fait de savoir qu'une forme quelconque de prise en charge est imminente sont rassurants. C'est la même sensation que celle qu'éprouve la personne souffrant d'une autre maladie grave lorsque le traitement est enfin instauré.

C'est pourquoi l'Association des psychiatres du Canada (APC) a défini des points de repère cliniques quant aux délais d'attente en vue d'obtenir des soins psychiatriques. Si les cliniciens ne déterminent pas les objectifs appropriés eux-mêmes, il sera impensable d'évaluer la prestation des services en fonction de critères cliniques judicieux.

Principes fondamentaux et considérations

À l'instar d'autres spécialités médicales, nous avons établi des lignes directrices pour des maladies sentinelles, plutôt que pour toutes les affections, en supposant que si les services nécessaires pour ces maladies sentinelles sont dispensés de façon opportune, il est fort probable que le système de soins soit alors en mesure de répondre de façon appropriée aux autres besoins.

Les considérations et principes suivants forment le fondement de nos recommandations sur les délais d'attente :

1. Quand un patient et son médecin de famille conviennent de la nécessité de la consultation psychiatrique, celle-ci devrait avoir lieu au moment opportun. Des soins et services spécialisés ne sont pas requis dans toutes les affections mentales; les cas adressés en psychiatrie par suite d'une évaluation dans les règles devraient se voir accorder la diligence voulue.
2. Les maladies dont il est question ici ne sont pas les seules pour lesquelles la consultation opportune et un plan de traitement défini sont essentiels. Elles constituent les troubles sentinelles pour les besoins de la détermination des points de repère en vertu de l'hypothèse que si le système parvient à offrir l'accès aux services et aux soins en temps utile dans ces cas, il sera en mesure de répondre aux besoins des autres malades.
3. Sur le modèle de la démarche adoptée par d'autres associations médicales, les recommandations présentées ici sont « fondées sur des données probantes, sans toutefois s'y limiter ». Elles proposent des « objectifs de rendement établis par consensus sur les délais d'attente dans la prestation des services de santé, jugés raisonnable sous l'angle médical » (2).
4. Nous souscrivons aux principes de détermination de points de repère en matière d'attente énoncés dans le rapport « Il est grand temps d'agir ! » de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun, à savoir que :
 - les Canadiens ont le droit de bénéficier de soins de qualité élevée dispensés en temps opportun;
 - les points de repère sont définis en fonction du patient;
 - les points de repère devraient s'inscrire dans un contexte pancanadien;
 - les points de repère sont fondés sur les données probantes disponibles les plus concluantes et établis selon un consensus clinique;
 - les points de repère seront perfectionnés et actualisés au fil du temps;
 - « les milieux de pratique doivent s'engager à fond et dès le début » dans la définition des points de repère;
 - l'imputabilité envers le public, par la surveillance des points de repère, est primordiale afin de préserver la confiance de celui-ci à l'égard du système de santé;
- les points de repère et les objectifs provinciaux qui en découlent doivent être durables;
- les points de repère sont jumelés à des lignes directrices quant à l'établissement des priorités et à la surveillance, empreintes de « justice, d'équité et de transparence » (3).
5. Les lignes directrices présentées ici s'appuient sur les données probantes disponibles les plus concluantes ainsi que sur la sagesse et l'expertise clinique de collègues chevronnés. Elles sont de nature clinique et soulignent notre obligation de dispenser des soins de santé de qualité. La question de la disponibilité des ressources n'est pas intervenue dans la détermination de ces objectifs cliniques.
6. Respecter avec constance des points de repère systémiques dans tout le pays ne sera pas chose aisée. La tâche sera ardue dans les régions rurales ou éloignées qui ne disposent même pas des ressources nécessaires. S'impose donc la nécessité de concevoir des modes de prestation novateurs (la télépsychiatrie, par exemple) pour pallier l'inéquité géographique dans la répartition des ressources. Le système de surveillance qui sera mis en place devra, par conséquent, non seulement recenser les patients dirigés vers la consultation médicale et suivre les délais d'attente, mais également identifier les patients qui devraient être aiguillés mais ne le sont pas faute de médecin spécialiste. La collecte de ces renseignements ne sera pas chose aisée non plus; pourtant, elle est essentielle au bien-être des patients concernés. Alors que des soins de santé tardifs tiennent du manquement sur le plan de la prestation des soins, l'indisponibilité des soins est une véritable honte.
7. Dans bien des cas, la maladie se manifeste progressivement. À l'instar du milieu médical en général, nous sommes convaincus que le délai d'attente est fonction de signes distincts mesurables. Si l'on suppose que la consultation auprès d'un médecin de famille est facilement accessible, la période d'attente commence quand le patient et le médecin conviennent de demander une consultation en soins spécialisés.
8. La problématique ne se résume pas à ce seul et premier délai d'attente. Il est fréquent que la référence en psychiatrie pour cause de maladie grave et incapacitante soit suivi d'un délai subséquent dans l'accès à des soins en milieu hospitalier ou à des programmes en clinique externe, à de la réadaptation, à la psychothérapie ou à une thérapie comportementale qui s'attaqueront aux facteurs déterminants de l'apparition de la maladie ou de l'incapacité persistante.

Définitions : Degrés d'urgence de l'accès aux soins et maladies sentinelles

Degrés d'urgence

L'APC a déterminé trois degrés généraux d'urgence pour l'accès aux soins concernant les maladies qui font l'objet des points de repère. L'Association s'est inspirée des catégories définies dans le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun. En outre, elle s'est employée à qualifier la douleur et l'incapacité qui caractérisent les maladies mentales de la même manière que les chirurgiens le font à l'égard de la douleur et de l'incapacité physiques.

1. L'extrême urgence

Habituellement, ce degré d'urgence provient de la présence d'un danger pour la vie, un membre ou un organe dans l'immédiat, soit dans les heures ou jours à venir. Du point de vue comportemental, l'exemple qui vient tout de suite à l'esprit est celui de la personne qui manifeste une intention suicidaire active. Il y a d'autres cas, cependant. En phase de manie aiguë, le malade peut être en danger dans l'immédiat (les heures ou jours qui viennent) parce qu'il n'est plus en mesure d'exercer son plein jugement dans la conduite automobile, dans ses rapports interpersonnels ou dans ses activités sexuelles, dans l'impossibilité qu'il est d'évaluer les risques que pose son comportement.

Devant un tel degré d'urgence, l'évaluation en milieu hospitalier et le renvoi urgent (ou l'équivalent) constitueraient la meilleure conduite à tenir.

2. L'urgence

Cette catégorie comprend les affections cliniques instables, susceptibles de se détériorer rapidement et de nécessiter une admission à l'hôpital en urgence. Dans l'attente des services spécialisés, ces patients doivent être suivis de près par leur médecin traitant. Si la maladie évolue, comme en témoigne une grande fluctuation de la symptomatologie ou de l'état fonctionnel, il pourra s'avérer nécessaire de réévaluer la priorisation de la situation clinique, de hâter la référence ou la reporter, selon le cas.

En général, devant un tel degré d'urgence, la consultation hâtive dans les deux semaines représenterait la meilleure conduite à tenir, facilitée par un programme de soins offrant l'accès facile à des ressources en milieu hospitalier, le cas échéant.

3. Le calendrier de consultation

Ce type d'accès aux soins est approprié quand les symptômes sont stables, que l'incapacité ou le dysfonctionnement dans les activités courantes autorise

tout de même un certain niveau de fonctionnement et d'adaptation, que la détérioration rapide est improbable et que le malade bénéficie d'un soutien social suffisant.

Maladies sentinelles

De nombreuses maladies physiques et mentales ont une apparition lente et insidieuse. Les maladies qui font office de sentinelles ici comporte les caractéristiques suivantes :

- diagnostic précis, sans possibilité de confusion avec des variantes « normales »;
- une apparition nette, détectable;
- la détérioration inévitable si le traitement n'est pas instauré en temps opportun.

Les affections ci-dessous correspondent à ces trois critères.

1. Premier épisode psychotique (PEP)

Se manifestant habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, la schizophrénie, si elle n'est pas traitée, est caractérisée par une détérioration chronique. Le dysfonctionnement mental est généralisé, et l'hospitalisation est fréquente. L'incapacité sur les plans social et interpersonnel est grande. La mort, par suicide ou secondaire à d'autres accidents mortels, est un risque omniprésent.

Dans bien des cas, il est possible d'empêcher la détérioration de la maladie par un traitement précoce. Beaucoup de pays industrialisés se sont dotés de programmes de prise en charge de la psychose précoce pour faciliter le traitement et prévenir la détérioration. Les recommandations de l'APC s'inscrivent dans le droit fil de ces pratiques.

2. La manie

La manie aiguë peut provoquer un changement comportemental important. Non seulement l'état émotif est perturbé (sensation d'invincibilité, élation), mais la capacité de penser clairement, d'exercer un jugement rationnel ou d'assurer sa propre sécurité est compromise. Le discernement déficient peut causer la mort. La manie peut entraîner le chaos dans les relations familiales, conjugales ou amicales. Qui plus est, le patient sur la voie du rétablissement peut être envahi d'un sentiment de honte et de culpabilité à la pensée de sa façon d'agir en phase aiguë de la maladie.

En l'absence de traitement précoce et efficace, la manie se complique d'une détérioration mentale, physique et sociale et sera ponctuée de rechutes de plus en plus nombreuses qui rendront le rétablissement de moins en moins probable.

Points de repère recommandés			
Indication	Etrême urgence	Urgence	RV de consultation
Consultation du médecin de famille			
Problème de santé mentale aigu ou urgent	Selon ce qui est jugé approprié à la suite du triage	Dans les 24 heures	Dans la semaine
Consultation psychiatrique par le médecin de famille (demandée par le médecin de famille)			
Premier épisode psychotique	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Dans les deux semaines
Manie	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Non pertinent en général
Hypomanie	Non pertinent en général	Dans les deux semaines	Dans les quatre semaines
Psychose ou grave trouble de l'humeur post-partum	Dans les 24 heures	Dans la semaine	Dans les quatre semaines
Dépression majeure	Dans les 24 heures	Dans les deux semaines	Dans les quatre semaines
Consultation aux fins de diagnostic et de prise en charge (y compris les consultations pédopsychiatriques ou gérontopsychiatriques)	Dans les 24 heures	Dans les deux semaines	Dans les quatre semaines

3. L'hypomanie chez les patients avec trouble bipolaire

L'apparition d'hypomanie, quand le diagnostic de manie a déjà été posé, préfigure souvent un autre épisode de la maladie affective bipolaire. Il s'agit là d'un état mental très instable.

4. Les maladies post-partum

Donner naissance est en soi un événement heureux pour la plupart des femmes. Malheureusement, près de 10 % des femmes qui accouchent traverseront une période post-natale difficile en raison de troubles mentaux, notamment la dépression majeure et la psychose. Quand le trouble post-partum est grave, l'hospitalisation en soins psychiatriques s'impose, et il faut savoir que le traitement inapproprié accroîtra le risque de morbidité tant chez la mère que chez le nourrisson.

Nous pouvons désormais mettre un nom sur ces maladies qui ont frappé les femmes tout au long de l'histoire, et nous connaissons également leurs graves conséquences par défaut de traitement. En effet, le suicide et l'infanticide, l'éclatement de la famille par suite du comportement psychotique, la négligence maternelle – sont tous des risques accrus lorsqu'un traitement précoce et efficace n'est pas au rendez-vous.

5. Épisode dépressif majeur, unipolaire ou bipolaire

Dans notre milieu de pratique, la dépression majeure représente la principale cause d'incapacité chez les jeunes adultes.

Dans certains groupes de la population pauvres et défavorisés, dont des groupes autochtones, la maladie est endémique, et elle est l'une des principales causes de décès chez les jeunes adultes. Les Autochtones sont affligés d'un taux de mortalité par suicide trois fois plus élevé que celui dans la population en général; chez les Autochtones adolescents, ce taux est cinq ou six fois plus élevé que celui dans le même segment démographique de la population en général. Autrement dit, il est plus probable que l'adolescent autochtone mourra par suicide qu'il fréquentera l'université.

Dans la plupart des cas, la maladie peut être traitée.

En l'absence d'un traitement précoce et efficace, la maladie évoluera vers la chronicité ponctuée de rechutes et caractérisée par le risque de décès par suicide. Dans bien des cas, la prise en charge hâtive et globale empêchera que la maladie ne devienne réfractaire au traitement.

La demande de référence en psychiatrie n'est pas nécessaire dans tous les cas de troubles dépressifs. Il s'impose quand la prise en charge de la maladie

s'annonce complexe ou quand le médecin traitant juge que la situation est hors de son champ d'expertise.

Éléments importants

Outre les aspects déjà mentionnés, l'APC juge important de préciser les éléments suivants :

1. Dans la plupart des cas où le patient consulte son médecin traitant, le diagnostic n'a pas encore été posé.

Lorsque le patient souffre d'une grande détresse psychologique, à tel point que lui et son médecin traitant conviennent d'une demande de consultation en psychiatrie, la diligence est de rigueur pour que la consultation psychiatrique soit opportune. À l'instar des références en soins physiques spécialisés, le délai d'attente est fonction du degré de risque à la sécurité du patient, de sa douleur et de son incapacité.

2. La consultation en médecine familiale

Le système de soins psychiatriques, quel qu'il soit, suppose que la consultation en médecine familiale constitue la première et essentielle étape. Le médecin de famille évaluera non seulement l'état mental mais également l'état physique du patient. D'ailleurs, son rôle ne s'arrête pas là puisqu'il continuera d'assurer le suivi du patient durant la période d'attente afin de hâter la demande de consultation s'il décelé une détérioration.

La rapidité d'accès variera selon la précision du triage. Devant une situation aiguë ou urgente, la consultation auprès du médecin de famille dans les 24 heures (un jour ouvrable) est préconisée.

Conclusion

Les points de repère recommandés sont d'ordre général. Dans un système de soins centré sur le besoin du patient, les délais d'attente devraient être identifiable. Le délai

d'attente avant la consultation en médecine spécialisée n'est peut-être que le premier. Il y a notamment le délai d'admission à l'hôpital ou d'obtention d'une thérapie de réadaptation, qu'il faut surveiller également. Dans un système de soins structuré, il importe de gérer tous les délais d'attente comme s'il s'agissait du délai d'attente en vue de la première consultation.

Si les médecins de famille sont trop peu nombreux pour déceler la nécessité de référence en spécialité et d'assurer la surveillance clinique durant la période d'attente, si les psychiatres sont trop peu nombreux pour répondre aux demandes de consultation et que les médecins de famille qui ont cerné la nécessité de soins spécialisés ne se donnent plus la peine d'aiguiller ces patients vers la psychiatrie pour ce motif, si les programmes thérapeutiques et de suivi sont insuffisants et qu'il est impossible d'instaurer un traitement efficace et d'amorcer la réadaptation une fois le diagnostic posé, alors les présentes recommandations sont vaines.

Il faut toutefois se garder de sombrer dans ce pessimisme. Les besoins en santé de la personne ne peuvent être réduits à la simple question de la disponibilité des ressources. Tout le concept du Plan décennal de renforcement du système de santé dans le cadre de l'entente conclue par les premiers ministres en septembre 2004 repose sur la nécessité d'établir les principaux points de repère pour éventuellement améliorer le système de santé. Les présentes recommandations vont donc dans ce sens.

Bibliographie

1. Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun, « Il est grand temps d'agir ! Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires », Ottawa : Association médicale canadienne, 2005.
2. Ibid.
3. Ibid.