

*rétablissement
partenariat*

PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE

LA FORCE DES LIENS

*Soins
accès*



*santé
mentale*

*rétablissement
partenariat*

PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010

LA FORCE DES LIENS

*Services
accès*



*santé
mentale*

Santé
et Services sociaux

Québec 

Notes :

1. Le genre masculin utilisé dans le présent document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Par ailleurs, le gouvernement du Québec a amorcé depuis 1997 une démarche visant à intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans les politiques publiques. L'utilisation de cette analyse a pour objectif de mieux adapter les services de santé aux besoins particuliers des hommes et des femmes. Pour le secteur de la santé mentale, cette intégration est prévue pour 2006, elle sera alors prise en considération dans la poursuite de nos travaux.
2. Conformément à la Loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives, les termes *intégration scolaire*, *intégration professionnelle* ou *intégration sociale* sont utilisés en lieu et place d'*inclusion sociale*.
3. Dans plusieurs occasions, le terme *psychiatrie* est utilisé de façon générique pour désigner un domaine spécifique du champ de la psychiatrie (ex. : pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, etc.).

Édition produite par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception graphique :

Mac Design

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est disponible qu'en version électronique. Vous le trouverez dans l'intranet réseau ainsi que dans la rubrique **Documentation**, section **Publication** du site Internet du Ministère à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-44367-5 (version imprimée)

ISBN 2-550-44549-X (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Crédits et remerciements

Responsable	Monsieur André Delorme
Coordination, recherche et rédaction	Madame Madeleine Breton
Recherche et rédaction	Madame Suzanne Bouchard Madame Lorraine Deschênes Madame Carole Hince Monsieur Jacques Rhéaume
Saisie	Mesdames Danielle Chabot et Pierrette Roy
Révision linguistique	Madame Andrée Michaud

Entre le 24 janvier et le 10 février 2005, la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à une large consultation sur une version préliminaire de ce plan d'action. Environ 500 personnes ont exprimé leurs vues et plusieurs ont déposé des mémoires. Nous tenons à remercier tous ces participants pour leur engagement envers le réseau de la santé mentale et pour les bonifications qu'ils ont contribué à apporter au plan d'action. Nous remercions particulièrement madame Nathalie Brière qui a contribué à la rédaction de la première version du plan et qui a participé de façon très soutenante aux discussions précédant la rédaction de la version finale, le D^r Alain Lesage pour sa disponibilité à rendre accessible son expertise, messieurs Michel Gontier et Daniel Crobeil, respectivement de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Richelieu/Rouville, qui ont contribué à la préparation de cette version du plan d'action.

Plusieurs personnes avaient participé à la version préliminaire du plan d'action, par des échanges, relectures et discussions. Soulignons ici la contribution de mesdames Élisabeth Veilleux et Nicole Dubé qui ont agi en tant qu'utilisatrices de services et de parent d'une personne avec un trouble mental ; nous remercions aussi messieurs Daniel La Roche, Jean-Luc Parenteau, Rodrigue Gallagher et madame Suzanne Gérin-Lajoie, respectivement des agences de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. Toutes ces personnes ont généreusement partagé leur expertise et leur temps. Nous les remercions.

Mot du ministre

Dans notre entourage, nous connaissons toutes et tous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ces personnes que nous côtoyons sont des citoyennes et des citoyens à part entière. Leur rétablissement n'est pas une utopie, mais une ambition réalisable. C'est dans cette perspective que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* a été conçu, afin de canaliser les énergies de l'ensemble des intervenants qui œuvrent dans le secteur de la santé mentale et de favoriser l'ouverture et l'accueil à l'égard des personnes atteintes, au sein de la population québécoise. Le temps était venu d'accorder à l'organisation et à l'accessibilité des services en santé mentale la même attention qu'historiquement, nous avons accordé aux problèmes de santé physique. D'ailleurs, la santé mentale a été identifiée par notre gouvernement comme axe prioritaire d'intervention et ce plan d'action s'inscrit dans cette volonté que nous avons manifestée.

Le plan d'action porte la marque de la modernisation que nous avons entreprise il y a un peu plus d'un an dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. Ce projet d'envergure que nous poursuivons trouve appui sur la détermination de notre gouvernement d'accroître, partout au Québec, l'accès à une variété de services offerts de façon continue. Le développement de liens nouveaux entre les établissements de santé et l'expérimentation de modes de collaboration novateurs entre les différents intervenants comptent pour beaucoup dans l'atteinte de nos objectifs.

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* souscrit entièrement à ces objectifs. Pour soutenir les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, il fait appel à la force des liens qui unissent les intervenants. Ceux-là sont les premiers artisans de sa réussite. Il sollicite aussi la collaboration de toute la population pour faire en sorte que s'estompe la stigmatisation encore attachée à la maladie mentale. J'y vois aussi un lieu d'ancrage et d'espoir pour les familles et les proches des femmes, des hommes et des adolescents malades. Leur présence, leur soutien et leur amour sont de précieux gages de rétablissement pour les personnes qui leur sont chères.

C'est avec beaucoup de fierté que je vous invite à prendre part à la réalisation de ce plan d'action. Comme intervenants bien sûr, mais d'abord comme citoyennes et citoyens, chacun peut y mettre du sien et contribuer au mieux-être des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Philippe Couillard

Préambule

Les troubles mentaux peuvent toucher tout le monde, riches ou pauvres, hommes ou femmes, de n'importe quel âge, race ou croyance. L'expérience des troubles mentaux est souvent décrite comme difficile, d'autant plus qu'elle fait l'objet de préjugés et d'un manque de compréhension parfois dévalorisants.

Le présent plan d'action a d'abord été rédigé pour faciliter la vie des personnes utilisant des services dans le domaine de la santé mentale, pour leur donner accès aux services qu'elles veulent recevoir et pour alléger la tâche de leurs proches. Dans cette perspective, certains des points de vue qui jalonnent ce texte sont rapportés à travers les propos d'utilisateurs de services et de proches. Ces citations sont tirées d'écrits ou d'échanges récents et n'ont pas la prétention de rendre compte de façon exhaustive de l'ensemble des propos des utilisateurs et de leurs proches, mais servent à nous rappeler combien il peut être riche de les écouter et combien il est parfois nécessaire de le faire.

Pour la préparation de ce plan d'action, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est adjoint la collaboration de quelques utilisateurs de services et d'un parent. Par leurs témoignages, ces personnes ont enrichi les réflexions et les échanges. Nous les en remercions sincèrement.

Table des matières

INTRODUCTION	8
PARTIE I – CONSTATS ET ENJEUX SUR LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ MENTALE	9
PARTIE II – OBJECTIF ET VISION DU PLAN D’ACTION.....	12
PARTIE III – CADRE POUR L’ACTION	14
PARTIE IV – RECONNAÎTRE LE POTENTIEL ET LE RÔLE DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES, DES FAMILLES ET DES PROCHES	15
PARTIE V – LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION	17
PARTIE VI – INTERVENIR DANS LES DOMAINES DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE.....	19
PARTIE VII – STRUCTURER LA GAMME DE SERVICES	22
PARTIE VIII – PRÉCISER LA GAMME DE SERVICES OFFERTS.....	26
La population en général.....	26
Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.....	30
Les adultes ayant un trouble mental.....	40
Les personnes à potentiel suicidaire élevé	57
Les personnes présentant plusieurs problèmes.....	62
PARTIE IX – ORGANISER UN RÉSEAU DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE.....	64
PARTIE X – SOUTENIR LE CHANGEMENT	75
PARTIE XI – FINANCER LES SERVICES.....	78
PARTIE XII – SUIVRE ET ÉVALUER.....	87
CONCLUSION.....	89
ANNEXE 1 – PRÉCISIONS SUR CERTAINS ÉLÉMENTS DE LA GAMME DES SERVICES	90
ANNEXE 2 – LISTE DES ACRONYMES.....	93
BIBLIOGRAPHIE.....	94

Introduction

Au Québec, à tout moment, une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale. De plus, le Québec détient le triste record du plus haut taux de suicide au Canada. Malgré cela, les troubles mentaux et le suicide n'ont pas toujours l'attention méritée et les personnes visées ne reçoivent pas tous les traitements dont elles ont besoin. Voilà ce qui ressort des témoignages d'utilisateurs de services, de familles, de cliniciens et d'experts qui se sont prononcés sur le sujet.

Devant ce constat, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait de la santé mentale une priorité nationale et s'engage à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, pour améliorer l'aide que nous offrons, comme société, aux personnes ayant un trouble mental.

Les actions décrites dans ce plan d'action font écho à cette volonté du ministre de parfaire le système québécois de santé mentale.

Ce plan d'action marque un tournant, puisqu'il vise une couverture très large, comme cela était réclamé de toutes parts. Certaines des actions proposées s'adressent à toute la population, diverses mesures ont été prévues pour améliorer les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental, et des priorités ont été établies pour les personnes avec un risque suicidaire élevé.

Les services devraient également être offerts dans leur langue aux communautés anglophones, selon les dispositions prévues dans la loi. Toutefois, le plan d'action ne touche pas de façon spécifique la réalité des nouveaux arrivants en sol québécois. La Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est sensible aux différences culturelles auxquelles ces personnes doivent faire face et invite les intervenants à adapter leurs actions en conséquence. Cependant, des travaux seront nécessaires afin de mettre en place des mesures particulières pour soutenir ces personnes.

Les orientations proposées se veulent en continuité avec les transformations déjà entreprises en santé mentale. Toutefois, le MSSS a fait un choix stratégique important qui conditionne l'ensemble des mesures de ce plan. En effet, le développement prioritaire de services de première ligne rapidement accessibles pour toute la population est à la base de ce plan. Ce choix devrait entraîner un désengorgement des services de deuxième ou de troisième ligne pour toutes les personnes qui y ont recours. Ce plan ne se substitue pas à l'ensemble des politiques et des plans d'action ministériels qui s'adressent aux personnes les plus vulnérables de notre société, mais y prend plutôt appui.

Tous les partenaires du secteur de la santé mentale sont invités à se mobiliser et à travailler en fonction des priorités décrites dans ce plan d'action. La force des liens qu'ils tisseront fera qu'au terme de l'ambitieux projet proposé ici, les personnes atteintes d'un trouble mental et leurs proches auront plus facilement accès à des services qui amélioreront leur état de santé et leur qualité de vie.

LES CONSTATS

La présente section propose une analyse sommaire des progrès réalisés et des difficultés éprouvées dans le système québécois de santé mentale au cours de la dernière décennie. Cet examen de la réalité de notre système de santé est inspiré des travaux de certains groupes-conseils (Comité de la santé mentale du Québec, Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, Comité d'experts sur l'organisation des services de santé mentale). Il reprend aussi certains constats faits par la Vérificatrice générale du Québec dans son rapport de décembre 2003¹ et tient finalement compte de commentaires maintes fois réitérés lors de la consultation tenue en février 2005 sur la version préliminaire de ce plan.

- Le Québec a fait figure de précurseur en soutenant la participation des personnes utilisatrices de services et des familles à la réorganisation des services en question, dans la foulée de la Politique de santé mentale de 1989, qui reconnaissait la primauté de la personne. En effet, les personnes ayant un trouble mental et leurs proches sont de plus en plus associés à la planification et à l'organisation des services, et ce, conformément au principe de l'appropriation du pouvoir par les groupes vulnérables. Toutefois, cette implication apparaît encore inégale selon les régions et les organisations. Lors de la consultation mentionnée plus haut, la presque totalité des groupes rencontrés ont réitéré l'importance du principe de l'appropriation du pouvoir et la nécessité d'assurer de meilleures conditions de participation aux utilisateurs de services et à leurs proches dans un réseau qui les concerne au premier chef.
- Au Québec, comme dans plusieurs pays, peu d'actions structurées et efficaces de promotion et de prévention dans le secteur de la santé mentale ont été mises en place. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) prévoit des actions dans ce secteur. Celles-ci s'inscrivent dans les plans d'action locaux de santé publique (PAL) et leur réalisation est sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS), le niveau local étant souvent privilégié pour le développement et la mise en place de projets efficaces. Ajoutons à cela que les PAL représentent une opportunité pour améliorer les réalisations dans les domaines de la promotion et de la prévention.
- Le réseau de services de santé mentale s'est beaucoup transformé au cours des dernières années. De plus en plus de services sont offerts, à l'intérieur de la communauté, pour assurer le traitement et le soutien des personnes qui présentent des troubles mentaux et pour soutenir leurs proches. De plus, le recours à l'hospitalisation a été ramené au niveau existant dans d'autres sociétés occidentales. Cependant, plusieurs problèmes demeurent autant parmi les jeunes qu'au sein de la population adulte.

Les jeunes

- Les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux sont très peu développés dans la plupart des régions du Québec. De plus, plusieurs experts affirment que ces services sont souvent morcelés, peu intégrés et répartis très inégalement sur le territoire québécois, ce qui entraîne des problèmes d'accessibilité et de continuité.

1. VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *Rapport à l'Assemblée Nationale pour l'année 2002-2003*, tome II, chapitre 2, Québec, Vérificateur général du Québec, 2003, p. 14-46.

- Les services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes étant peu développés, on constate que les ressources spécialisées, mobilisées à outrance pour la réalisation de projets d'évaluation et d'orientation, sont moins disponibles pour offrir des traitements spécialisés aux jeunes qui en ont besoin.
- Le passage des services de psychiatrie pour les enfants et les jeunes à ceux offerts aux adultes est souvent difficile et marqué de ruptures dans l'ensemble des services offerts. Pourtant, la continuité et la stabilité sont particulièrement importantes à cette étape de la vie au cours de laquelle le jeune adulte doit faire face à de nombreuses adaptations. Une attention particulière doit être portée aux éléments pouvant faciliter cette transition.

Les adultes

- L'accès à des services médicaux généraux et psychiatriques est problématique dans toutes les régions du Québec, même dans celles les mieux dotées en ressources. Ce constat ressortait clairement des travaux du Forum sur la santé mentale tenu en septembre 2000. Dans plusieurs régions du Québec, l'effectif médical est insuffisant. De plus, les pratiques actuelles ne favorisent pas nécessairement le soutien des services de première ligne ni l'orientation des personnes dont les problèmes sont stabilisés vers ces ressources. Par ailleurs, on a assisté au cours des dernières années à des développements importants des ressources surspécialisées, phénomène qui a réduit l'accès à la psychiatrie générale.
- À l'invitation du MSSS dans son plan d'action de 1998, le réseau a concentré ses efforts sur les personnes ayant des troubles mentaux graves, laissant quelque peu de côté les personnes atteintes de troubles mentaux dits transitoires (dépression, troubles anxieux, etc.). La prévalence de ces problèmes et les conséquences que peut entraîner une absence de traitement indiquent clairement à quel point il est important de développer des services de nature à répondre aux besoins des personnes qui en sont atteintes.
- Une gamme de services requis destinés aux personnes qui vivent avec un trouble mental dans la communauté est en voie d'implantation dans toutes les régions du Québec, mais le niveau de services correspondant à des standards reconnus n'est encore atteint à aucun endroit. De plus, l'accès aux services est souvent difficile et les ruptures entre les différents services malheureusement trop fréquentes.
- Les services d'intégration en société doivent être améliorés. Les ressources résidentielles sont en nombre insuffisant et, malgré des initiatives isolées intéressantes, l'intégration au travail et aux études doit être mieux soutenue.
- Le Québec demeure dans le peloton de tête des pays ayant le plus haut taux de suicide au monde. Les nombreuses solutions préconisées dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide, *S'entraider pour la vie*, bien que pertinentes, demandent que l'on concentre les efforts, en intensité et en durée, sur quelques objets considérés comme prioritaires. La prévention du suicide demeure donc un domaine d'action prioritaire.
- L'implication importante des organismes communautaires (OC) en santé mentale est une richesse propre au Québec. Les changements en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux ne devraient nullement mettre en péril cet apport, mais permettre de consolider les services existants lorsque cela est nécessaire.

- Malgré les développements intéressants que permet la collecte d'informations effectuée par l'Outil d'alimentation de systèmes d'information sociosanitaires (OASIS), les données dont dispose le MSSS actuellement ne sont pas suffisantes pour permettre un suivi de l'ensemble des dimensions du système de santé mentale. Des travaux sont nécessaires pour actualiser cette collecte de données et pour s'assurer que l'ensemble des fournisseurs de services, incluant les organismes communautaires, y contribuent, afin de faire un portrait fidèle de ce qui est offert localement.

LES ENJEUX

Les constats précédents permettent de déterminer quelques-uns des enjeux majeurs que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 prend en compte en proposant des changements importants dans les modes d'organisation des différents niveaux de services en santé mentale.

Ces enjeux sont :

- La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société.
- Les efforts importants qu'il faut investir pour contrer les tabous, les fausses croyances et la stigmatisation qui entourent encore la maladie mentale et contribuent à limiter le rétablissement des personnes atteintes.
- L'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial.
- L'utilisation optimale de toutes les ressources en place afin d'assurer un partenariat entre les fournisseurs de services et entre les niveaux de services et d'offrir aux personnes ayant un trouble mental un traitement de qualité qui réponde à la diversité de leurs besoins.
- La nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation.
- L'urgence de rendre accessibles l'expertise et les services de santé mentale pour les jeunes à la grandeur du territoire, de soutenir les acteurs intersectoriels travaillant auprès des jeunes et d'assouplir les frontières entre les services offerts aux jeunes et ceux donnés aux adultes.
- La priorité qu'il faut accorder à la réduction des décès par suicide, ce qui suppose l'amélioration des services destinés aux personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les groupes d'âge et, spécialement, aux hommes.

PARTIE II

Objectif et vision du plan d'action

L'OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général poursuivi par le présent plan d'action est de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

- Le pouvoir d'agir : Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* reconnaît la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps. La participation des utilisateurs et des proches aux exercices de planification des services de santé mentale découle de ce principe.
- Le rétablissement : Le plan d'action réaffirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société.
- L'accessibilité : Le plan d'action reconnaît l'importance d'offrir localement des services de santé mentale de première ligne de qualité et d'assurer un passage fluide vers des services spécialisés et surspécialisés lorsque cela est nécessaire.
- La continuité : Le plan d'action met l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent nos interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la continuité des services.
- Le partenariat : Le plan d'action soutient que le partenariat et la collaboration entre les fournisseurs de services et avec les ressources de la communauté sont nécessaires et qu'ils représentent des gages de qualité.
- L'efficience : Le plan d'action vise une organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un rendement optimal.

LA VISION

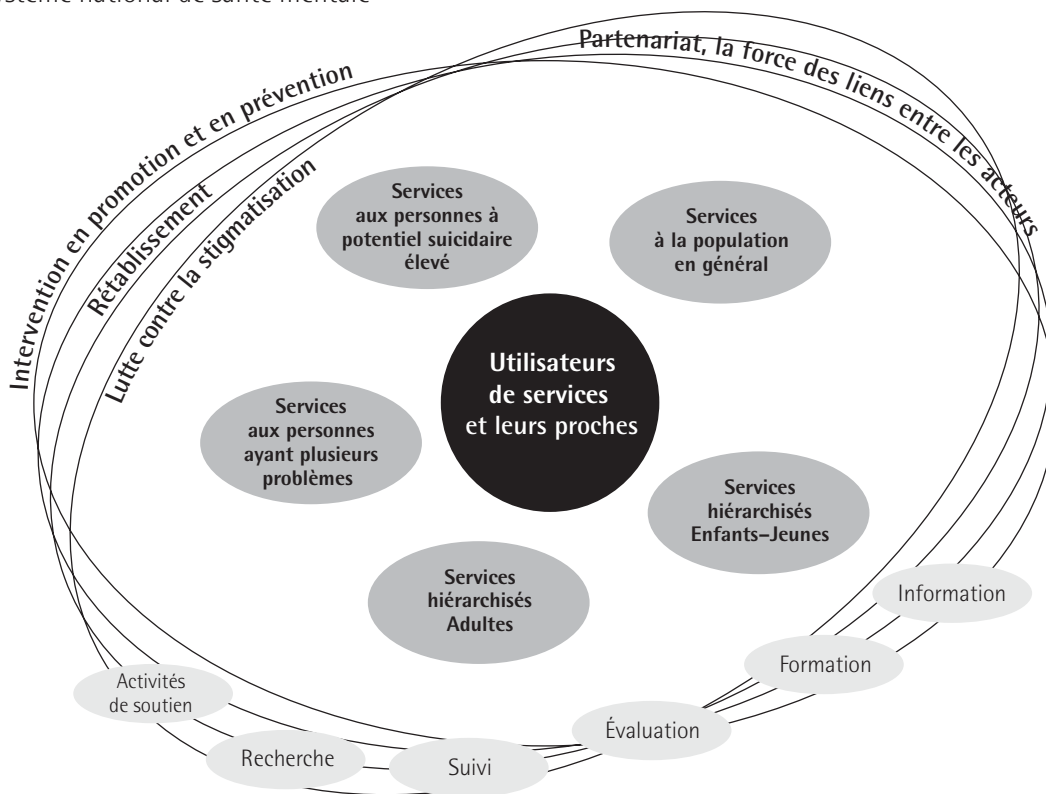
Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* présente une vision qui inclut des éléments relatifs à la prévention et à la promotion de la santé. L'ensemble des actions prioritaires retenues devraient être réalisées dans une perspective visant le rétablissement des personnes en cause et soutenant l'appropriation du pouvoir par celles-ci.

Le réseau de la santé mentale doit offrir des services de qualité à l'ensemble de la population (enfants, jeunes, adultes, communautés culturelles, autochtones, etc.). Pour favoriser cette vision, les mesures du plan visent en priorité la mise en place de services de première ligne dans les communautés locales en mettant à profit l'expertise des intervenants qui y travaillent. Une organisation favorisant un passage fluide vers les services spécialisés est à la base de ce plan.

Le partenariat entre les intervenants dans le respect des approches et des valeurs de chacun est une clé de succès de l'ensemble des dimensions du plan.

Le système de santé mentale est appuyé par des activités de recherche, de suivi, d'évaluation, de formation et d'information.

Figure 1
Système national de santé mentale²



2. Ce schéma s'inspire du « National Action Programme for Improving Mental Health and Well-Being, annual review, 2003-2004 », du gouvernement de l'Écosse.

PARTIE III Cadre pour l'action

LA RESTRUCTURATION EN COURS DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au cours de l'année 2003, le gouvernement du Québec a entrepris une modernisation de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux guidée par deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Cette réforme vise à améliorer les services offerts, tout en préservant les acquis du réseau actuel.

Les 95 CSSS, en voie d'implantation, sont l'assise de l'aspect populationnel de la réforme. Ces nouveaux établissements locaux ont le mandat d'élaborer un plan de services pour la population de leur territoire, de stimuler et de coordonner la participation de leurs partenaires dans le cadre d'une approche propice à assurer la fluidité entre les niveaux d'intervention et les services. La structuration du volet santé mentale du projet clinique de chacun des CSSS permettra d'harmoniser les orientations du Plan d'action en santé mentale et les besoins locaux. Par ailleurs, le réseau local ne vise pas uniquement la production de services, mais aussi l'amélioration de la santé de la population, notamment en santé mentale.

La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit. À l'exemple d'autres sociétés, le MSSS a fait le choix d'améliorer, de façon prioritaire, les services de première ligne et d'assurer leur arrimage avec les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne. Lorsque les réponses aux besoins ne peuvent être offertes localement, on pallie ce problème par le biais d'ententes de services qui donnent accès à des services régionaux ou suprarégionaux disponibles dans le Réseau universitaire intégré de services (RUIS) auquel le territoire d'une population donnée est associé.

LE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES

Depuis quelques années, la santé mentale a suscité un intérêt accru. De nombreux travaux, permettant de mieux connaître les problèmes de santé mentale et les modes d'organisation de services les plus efficaces, de déterminer quelles sont les approches cliniques appropriées et de mesurer les effets de nos actions, ont été réalisés. Nous nous référons ici aux travaux du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), à ceux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, incluant le Forum sur la santé mentale de septembre 2000 et plus récemment, aux travaux du Comité d'experts sur l'organisation des services en santé mentale.

Par souci de garantir la qualité des services, ainsi que l'efficacité et l'efficience du système de soins, le Plan d'action prend en considération les mesures dont l'efficacité a été démontrée et les expérimentations documentées et prometteuses. Les connaissances issues de la recherche et de l'expérience doivent contribuer à améliorer les pratiques et les modes d'organisation.

Dans la présente section, des mesures sont proposées pour assurer la place des personnes utilisatrices de services au sein du système de santé mentale et en société. Une mesure visant à assurer la participation des familles et des proches, à titre de partenaires, à l'élaboration des orientations du système de santé mentale y est aussi définie.

LE RÉTABLISSEMENT

La perspective du rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). L'exclusion, manifeste ou implicite, est source de détresse psychologique énorme, quel que soit le groupe d'âge, et entraîne la personne ayant un trouble mental dans un cercle vicieux de problèmes et de détresse. Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle en société, malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement.

Les résultats d'études effectuées auprès de personnes utilisatrices de services³ indiquent que de leur point de vue, la catégorie de besoins la plus négligée, celle à laquelle le système en place n'apporte pas de réponse satisfaisante, est liée à ce qu'ils ont appelé « la restauration des rôles », c'est-à-dire, ce qui concerne les relations avec les intimes, avec les amis, de même que l'emploi ou les occupations ayant une signification particulière. Les chercheurs ont également conclu que les jeunes éprouvaient davantage de besoins auxquels ils n'obtenaient pas de réponse.

En plus de fonder l'ensemble de ses actions sur la foi dans les capacités des personnes, un système qui vise à redonner une place en société aux personnes aux prises avec des troubles mentaux doit agir sur les différents éléments de la vie en société que sont le logement, le travail, les études et les autres activités significatives sur le plan social. Des mesures sont prévues dans ce plan pour améliorer les services dans ces secteurs.

LE PARTENARIAT AVEC LES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES ET LES PROCHES

Dans son plus récent rapport en santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁴ recommande que les personnes utilisatrices de services et les familles prennent part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés.

3. M. ST-ONGE et L. TESSIER, « Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action », dans R. Émard et T. Aubry (sous la dir. de), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir une vie*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2003, p.7.

4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la Santé Mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 56-58.

PARTIE IV Reconnaître le potentiel et le rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches

Depuis plus de trente ans, les personnes utilisatrices de services et, plus récemment, les familles, demandent que leur voix soit entendue, tant en ce qui a trait aux décisions qui les concernent comme individus qu'aux décisions qui relèvent de l'organisation des services de santé mentale. Elles veulent aussi avoir voix au chapitre dans les débats sur les principes et les pratiques régissant le domaine de la santé mentale.

Au Québec, depuis l'adoption de la Politique de santé mentale de 1989, l'importance de ce partenariat avec les personnes utilisatrices de services ainsi qu'avec leurs proches et leur famille est reconnue et soutenue sur le plan national, régional et local. Le plan d'action confirme cette orientation et y souscrit par une mesure concrète.

Partenariat avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches

OBJECTIF : Favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision		
MESURES		
Nationales	Régionales	Locales
Le MSSS, les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et les CSSS s'assureront d'obtenir la participation d'utilisateurs de services en santé mentale, de représentants des familles ou de proches dans les exercices de planification et d'organisation de services qui les concernent.		

PARTIE V

Lutter contre la stigmatisation

L' image attachée à la maladie mentale, aux organismes de traitement et, parfois, aux intervenants de ce domaine demeure négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de la santé. Les craintes engendrées par les troubles mentaux limitent le recours des personnes visées à l'aide dont elles ont besoin, de même qu'elles entravent le processus d'intégration sociale de ces personnes.

Pour la durée d'application du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le MSSS invite le réseau de la santé et des services sociaux et tous les partenaires concernés à unir leurs efforts pour réaliser des activités d'information et de sensibilisation en santé mentale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination engendrées par la maladie mentale.

Ces activités sociétales poursuivent deux buts :

- D'une part, réduire les obstacles au traitement en encourageant les personnes à rechercher l'aide dont elles ont besoin. L'information du public sur la fréquence des troubles mentaux, les possibilités thérapeutiques et les lieux de consultation devrait contribuer à réduire les préjugés et le sous-traitement.
- D'autre part, réduire, voire éliminer la discrimination dont font l'objet les personnes ayant une maladie mentale ou ayant effectué une tentative de suicide, par des activités visant l'éducation des populations et la sensibilisation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités d'une campagne d'information en santé mentale fondée sur l'éducation et l'information du public obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles s'ancrent dans les préoccupations des gens et qu'elles sont maintenues dans le temps. Les CSSS seront invités à adapter localement les messages éducatifs diffusés sur le plan national.

Information et sensibilisation en santé mentale

OBJECTIF : Réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Au cours de l'année 2005-2006, le MSSS (Direction de la santé mentale, en collaboration avec la Direction générale de la santé publique et la Direction des communications) réalisera une campagne nationale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale. Les publics cibles seront la population en général, les personnes ayant un trouble mental et les intervenants du réseau.</p>		<p>Dès 2006-2007 et 2007-2008, les CSSS réaliseront une campagne locale d'éducation en adaptant le thème national diffusé en 2005-2006.</p>	

LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Les orientations du MSSS en matière de promotion et de prévention en santé mentale sont parties intégrantes du PNSP. Le MSSS a fait le choix de concentrer toutes ses actions de prévention et de promotion de la santé dans le PNSP. Ce programme détermine les activités de santé publique à réaliser au cours des dix prochaines années pour améliorer la santé de la population. Les objectifs et les activités prévus au PNSP sont repris dans les plans d'action régionaux de santé publique (PAR) et dans les plans d'action locaux (PAL) actuellement mis en œuvre dans la plupart des CSSS.

Les activités relatives à la santé mentale répondent à trois des fonctions essentielles du secteur de la santé publique, soit la promotion de la santé, qui vise à agir sur les déterminants, la prévention, qui vise à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux et aux traumatismes, et la surveillance de l'état de santé de la population. Certaines activités relèvent aussi de fonctions de soutien : la réglementation, la recherche et l'innovation, et le développement des compétences.

Les CSSS sont responsables de la santé de leur population, tant sur le plan de la prévention qu'en ce qui a trait aux services curatifs. Les plans d'action locaux de santé publique, tout comme l'implantation des équipes de première ligne en santé mentale prévues dans le présent plan d'action, sont sous leur responsabilité et feront désormais partie des processus de structuration des volets santé publique et santé mentale du projet clinique territorial. Cela représente une opportunité des plus prometteuses pour favoriser l'arrimage des activités préventives et curatives en santé mentale, tant en ce qui concerne les interventions elles-mêmes que les divers professionnels effectuant ces interventions à l'intérieur d'un même établissement.

LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION

Les activités de promotion de la santé et de prévention relatives à la santé mentale prévues dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* sont actuellement en implantation dans les territoires locaux et visent les différentes catégories de personnes dont il est question plus bas.

Les jeunes enfants et leurs parents

Les mesures de promotion et de prévention pour les jeunes enfants et leurs parents sont des activités multidimensionnelles qui concernent différents aspects de la vie des enfants et de leurs parents, et consistent principalement en services intégrés de périnatalité et en services pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces services visent, entre autres, à favoriser le développement optimal des enfants et à améliorer les conditions de vie des familles. Ils comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles par un suivi individualisé et la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. D'autres activités prônent le recours à des pratiques cliniques préventives de

PARTIE VI Intervenir dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale

la part des cliniciens. Parmi celles-ci, on trouve des services de counselling pour les femmes enceintes et les familles, et des services visant à orienter les enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces.

Les enfants et les adolescents

L'organisation de campagnes de communication sociétales est prévue. Ces campagnes porteront sur différents aspects de la santé mentale ou sur des déterminants et problèmes psychosociaux ayant un lien avec la santé mentale, tels que les habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents et la prévention des problèmes psychosociaux comme la violence, les agressions sexuelles.

C'est principalement par l'intermédiaire d'Écoles en santé, un programme d'intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être et prévenir les problèmes d'adaptation sociale, que s'effectuent la promotion et la prévention auprès des jeunes d'âge scolaire. Les facteurs visés sont l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires ainsi que l'environnement scolaire, familial et communautaire. Diverses interventions préventives portent aussi sur certains problèmes associés à la santé mentale : agressions sexuelles, violence, toxicomanie, suicide. Signalons aussi le programme Fluppy, destiné à développer les habiletés sociales des enfants dans les milieux scolaires défavorisés.

Les adultes

Une campagne de sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé est prévue pour diffuser de l'information sur les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs ainsi que sur les activités et services en la matière. Le but d'une telle campagne est de promouvoir l'intervention la plus précoce possible dans le cas de troubles mentaux évitables. Une intervention globale de prévention du suicide doit aussi être mise en œuvre. Cette intervention comprend la formation des médecins, des activités de sensibilisation pour limiter l'accès aux moyens de se suicider et la mise en place de réseaux de sentinelles. On veut également parvenir, grâce à cette intervention, à la concertation nécessaire pour diminuer la tolérance sociale face au suicide, voire sa banalisation ou sa valorisation. Ces diverses interventions visent les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Une attention particulière sera portée aux interventions en milieu de travail. D'autres interventions visent des problèmes associés aux troubles mentaux, tels que la violence conjugale, les agressions sexuelles et la consommation inappropriée d'alcool ou de médicaments psychotropes.

LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ MENTALE ET DES TROUBLES MENTAUX

Plusieurs indicateurs liés à la santé mentale et aux troubles mentaux font partie du plan commun de surveillance et feront l'objet d'un suivi dans chacune des régions du Québec : état de santé mentale, détresse psychologique, perception de l'état de santé mentale et du stress

dans la vie et au travail, suicide, troubles mentaux. De plus, un plan national de surveillance portera sur le domaine : « Développement, adaptation et intégration sociale ». Ce plan inclura la santé mentale et les troubles mentaux. Enfin, un projet d'exploitation des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, incluant différents aspects de la santé mentale, est en cours.

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Dans le Programme national de santé publique, on considère que l'efficacité des interventions visant à renforcer les facteurs de protection des troubles anxieux et dépressifs et à faire diminuer les facteurs de risque de ces troubles constitue une avenue de recherche à explorer. Dans cette optique, des travaux sont planifiés en vue de mettre à jour les connaissances sur les interventions efficaces en santé mentale. Ces travaux devraient permettre de déterminer quelles sont les interventions qui pourraient faire l'objet de projets pilotes et faciliter la préparation du matériel requis pour la révision du PNSP concernant la santé mentale et les troubles mentaux.

PARTIE VII

Structurer la gamme de services

Dans la présente section, les concepts qui structurent le mode d'organisation hiérarchisé sont brièvement expliqués.

LES SOINS PARTAGÉS OU SOINS BASÉS SUR LA COLLABORATION

Plusieurs approches axées sur la collaboration sont possibles et même nécessaires entre différents intervenants et à différents niveaux de services ; par exemple : équipe de deuxième ligne avec équipe de première ligne, psychologue avec omnipraticien, services sociaux courants avec équipe de santé mentale en CSSS, etc.

Pour donner de bons résultats, il est important que la pratique des soins partagés soit basée sur les principes suivants⁵ :

- tous les services font partie d'un système interdépendant de soins ;
- les rôles et les responsabilités de chacun doivent être clairs ;
- un fournisseur peut agir comme leader, mais les autres services doivent maintenir leur collaboration et être disposés à réactiver les soins rapidement, si nécessaire ;
- la collaboration est basée sur le respect mutuel et la confiance ;
- les modèles de collaboration doivent être adaptés à la disponibilité de ressources.

LE PSYCHIATRE RÉPONDANT

Le psychiatre répondant d'un territoire local est l'interlocuteur privilégié des intervenants de première ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Il échangera et donnera des avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent une expertise spécialisée. Dans certains cas, le psychiatre répondant offre le traitement.

Le psychiatre répondant n'est cependant pas le psychiatre traitant d'un bassin de population. Il pourra, dans le cadre de ses fonctions de spécialiste, offrir des soins dans l'équipe de deuxième ligne. Par contre, le département de psychiatrie où il pratique assume une responsabilité populationnelle soit parce qu'il fait partie d'un CSSS, parce qu'il a signé des ententes de services avec des CSSS ou parce qu'il fait partie d'un RUIS. Le psychiatre répondant devient le mandataire de cette responsabilité, en étant spécifiquement responsable de soutenir les fournisseurs de services de première ligne de son territoire.

5. N. KATES, « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, 2002, p. 93-108.

L'ÉQUIPE DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE EN CSSS

L'équipe de santé mentale de première ligne en CSSS est ancrée dans un territoire. Son action se situe en continuité avec les services de première ligne existants et s'adresse aux personnes dont le trouble mental ne peut être traité à ce niveau, à celles qui n'ont pas de médecin omnipraticien ou de pédiatre et aux personnes ayant des troubles mentaux graves mais dont la condition est stabilisée. L'équipe de santé mentale de première ligne est la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et de troisième ligne.

Son action consiste à :

- participer à des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale ;
- traiter certaines personnes dirigées vers l'équipe ;
- contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci ;
- assurer des services d'intégration sociale à l'intention des personnes ayant des troubles mentaux graves stabilisés.

LE GUICHET D'ACCÈS

Le guichet d'accès est le lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne. Les professionnels travaillant au guichet d'accès ont pour mandat de déterminer si les personnes qui s'y présentent ou qui y sont dirigées devraient retourner dans les services généraux ou les services de première ligne d'où elles arrivent (dans ce cas, certains conseils pourraient être prodigués aux intervenants qui les ont dirigés), si elles bénéficieraient plus avantageusement des services de l'équipe de première ligne de santé mentale ou si elles doivent rapidement accéder aux services de deuxième ligne. À la différence d'un module d'évaluation liaison, le guichet d'accès fait partie des services de première ligne.

LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

La hiérarchisation des services a pour but l'utilisation des ressources de façon optimale. Dans une organisation hiérarchisée, l'équipe de première ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu. Les services de deuxième ligne permettent de résoudre des problèmes complexes et les services de troisième ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes ou dont la prévalence est très faible.

LES NIVEAUX DE SERVICES

Les niveaux de services ne sont pas associés à un lieu ni à un fournisseur en particulier. Antérieurement, il était généralement convenu que les services de deuxième ligne étaient offerts par les centres hospitaliers et que les ressources de la communauté offraient des services généraux de première ligne. Dans les faits, l'amélioration des pratiques a eu pour résultat que des équipes et organismes travaillant dans la communauté offrent désormais des services de plus en plus spécialisés, dont certains sont en réalité des services de deuxième ligne. De plus, avec les fusions récentes d'établissements, le rôle de plusieurs acteurs a été modifié et il n'est plus possible d'associer le niveau de services à un type d'établissement ou d'organisme donné.

Les paramètres permettant de définir les niveaux d'accès aux différents services sont utiles si ils facilitent la compréhension du cheminement des personnes dans une organisation hiérarchisée des services. Une bonne connaissance des niveaux de services devrait faire en sorte que les ressources appropriées soient utilisées de façon adéquate pour que l'on puisse répondre aux besoins des personnes et des familles.

Les services de première ligne

Le premier niveau d'accès aux services est celui des services de première ligne. Les services de première ligne sont des services universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés et doivent être offerts près des milieux de vie des personnes.

Les services de première ligne en santé mentale sont de deux ordres : des services généraux offerts à toute la population et des services de première ligne spécialement destinés à la santé mentale.

Les services de première ligne sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (GMF), les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé et certains organismes communautaires, et pour les cas urgents, par les centres hospitaliers. Dans les CSSS, les équipes de santé mentale, en collaboration étroite avec les professionnels de leur territoire (médecins et intervenants psychosociaux), particulièrement ceux des GMF, pourront traiter en première ligne la majorité des personnes après que celles-ci aient été évaluées au guichet d'accès.

Les services de deuxième ligne

Le deuxième niveau de services regroupe les services de deuxième ligne qui soutiennent les services de première ligne. Sauf exception, les personnes qui accèdent à ces services devraient y avoir été dirigées par un intervenant des services de première ligne.

Les services de deuxième ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de première ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau.

Les services de deuxième ligne sont offerts par les CSSS, par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques. Si l'on se réfère à la gamme de services du présent plan d'action, les services de deuxième ligne sont les suivants : l'évaluation et le traitement spécialisés, l'hospitalisation et le suivi intensif. Ils incluent également le soutien spécialisé pour les enfants et les jeunes.

Les services de troisième ligne

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveau, est celui des services de troisième ligne. Ces services sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles seulement aux personnes qui sont orientées à partir d'un autre niveau de services. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé très complexes, dont la prévalence est faible, ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de deuxième ligne.

Les services de troisième ligne sont déterminés par le MSSS, identifiés par les RUIS et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires : centres hospitaliers universitaires (CHU), centres affiliés universitaires (CAU) et centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY).

LA SECTORISATION

Depuis une trentaine d'années, les services de psychiatrie québécois sont offerts selon une approche par secteur, c'est-à-dire que les équipes de psychiatrie y sont responsables des services offerts à la population d'un secteur géographique donné. Le projet de loi 83 confie cette mission d'organisation locale aux CSSS, qui sont responsables de la santé de la population d'un territoire. Le découpage territorial devient celui des CSSS. Le rôle et les responsabilités des départements de psychiatrie sont appelés à changer : ils seront dorénavant des partenaires clés soutenant les responsabilités cliniques et territoriales des CSSS.

À l'extérieur des milieux urbains, le secteur géographique et le territoire du CSSS correspondent fréquemment et les modalités de fonctionnement peuvent demeurer les mêmes. En milieu urbain, les territoires des CSSS sont, dans plusieurs cas, différents des anciens secteurs de psychiatrie, et des ententes de services seront nécessaires, pour s'assurer que toute la population aura accès à des services spécialisés.

Dans tous les cas, la Loi sur la santé et les services sociaux a préséance sur les modalités d'organisation territoriale et elle permet aux personnes de choisir leur fournisseur de services.

PARTIE VIII

Préciser la gamme de services offerts

Dans la présente section, il est question des mesures à prendre de façon prioritaire pour améliorer les services offerts en santé mentale. Ces mesures sont regroupées selon la catégorie de personnes auxquelles elles s'adressent, permettant ainsi aux fournisseurs de services intéressés de repérer plus facilement des sous-groupes particuliers. Tous devraient toutefois garder à l'esprit qu'il faut assouplir les frontières qui balisent leurs actions. Des actions prioritaires sont décrites successivement dans les pages qui suivent, pour la population en général d'abord, puis pour les enfants et les jeunes, les adultes, les personnes présentant un risque suicidaire élevé et les personnes qui ont de multiples problèmes.

LA POPULATION EN GÉNÉRAL

Dans le présent plan d'action, on entend par population en général toutes les personnes qui composent la société dans laquelle nous vivons, les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Les personnes qui n'ont pas de trouble mental et qui demandent aide et soutien à un moment de leur vie, que ce soit au moment d'une crise ou dans une période de vie difficile où elles sentent leur équilibre psychique menacé, ainsi que les personnes ayant un trouble mental et qui pourraient elles aussi avoir besoin des services offerts à toute la population, sont bien entendu incluses dans cette définition.

Les services requis

L'usage courant et les recommandations d'experts soulignent la nécessité de rendre accessibles les services suivants à l'ensemble de la population :

- des services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux) ;
- des services de crise.

Les services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux)

Les omnipraticiens, pédiatres, psychologues en cabinet privé et organismes communautaires ainsi que les services courants des CSSS, reçoivent un nombre important de personnes qui éprouvent une détresse telle que leur équilibre psychique est menacé. Ces fournisseurs offrent eux-mêmes une réponse ou orientent les personnes vers les ressources appropriées.

Dans les CSSS, les services Famille-enfance-jeunesse, les services généraux et les services courants ne s'occupent pas spécifiquement de problèmes de santé mentale. Les intervenants qui y travaillent ont la responsabilité d'accueillir les personnes qui s'y présentent, de leur offrir un soutien chaleureux, d'évaluer la situation décrite et d'apporter une réponse adéquate à l'intérieur de leurs services ou en orientant les personnes concernées vers des services plus appropriés en périnatalité, toxicomanie, santé mentale ou autre.

Selon les données empiriques recueillies auprès de gestionnaires du réseau de la santé, parmi tous les adultes qui se présentent dans ces services, environ 20 % auraient un trouble mental diagnostiqué ou qui peut être diagnostiqué. Bien que nous ne possédions pas de chiffres sur la réalité des enfants et des jeunes, nous pouvons présumer que la situation est comparable dans ces couches de la population.

Pour ce 20 %, les services généraux doivent pouvoir compter sur l'appui d'une équipe de santé mentale de première ligne composée de professionnels ne travaillant qu'en santé mentale. Les personnes dont le problème persiste après avoir reçu des services généraux et celles dont le tableau clinique indique un trouble mental doivent pouvoir bénéficier des services de l'équipe de première ligne en santé mentale.

Actuellement, dans la plupart des organisations, les adultes ayant des troubles dits transitoires sont traités par les services généraux, alors que les équipes attachées au traitement des problèmes de santé mentale s'intéressent aux personnes ayant des diagnostics qualifiés de graves. Cette distinction doit être revue pour offrir à toutes les personnes qui en ont besoin un traitement des troubles mentaux dans une équipe de première ligne spécifiquement formée à cette fin et dont le mandat unique en santé mentale permet un arrimage souple avec l'ensemble des ressources de la communauté et avec les ressources de deuxième ligne.

La liaison entre les services courants et l'équipe de santé mentale de première ligne est une fonction clef. Elle doit assurer un passage fluide des demandes de l'un vers l'autre service et un retour au service référant lorsque cela est possible.

Services courants (médicaux et psychosociaux)

OBJECTIF : Assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin.			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
		Les CSSS établiront des mécanismes de passage fluides des services courants vers les équipes de santé mentale de première ligne et vice versa, afin d'assurer un traitement en première ligne pour toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se présentent dans les services généraux.	

Les services de crise

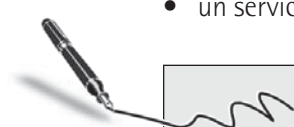
Les services de crise doivent s'adresser à toute personne qui vit une crise psychosociale ou psychiatrique, avec ou sans dimension suicidaire, ce qui inclut les personnes ayant un trouble mental, les personnes aux prises avec une dépendance ainsi que les personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique.

L'intervention de crise commande une réponse directe, personnalisée, immédiate et à court terme, centrée sur la situation en cours et axée sur la résolution des problèmes. Elle implique dans certains cas l'application de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L'intervention de crise a pour but la résolution de la crise et vise des objectifs précis :

- réduire l'impact des facteurs qui précipitent la crise ;
- restaurer l'état d'équilibre antérieur à la crise ;
- faire appel aux ressources personnelles et mobiliser celles du milieu.

L'organisation des services doit assurer l'accès à une gamme de services de crise intégrés, soit :

- un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24 heures/7 jours, et non uniquement une ligne d'écoute) ;
- un service mobile d'intervention de crise « face à face » ;
- des places d'hébergement de crise ;
- un suivi de crise à très court terme ;
- un service hospitalier d'urgence.



Une expérience difficile à l'hôpital

J'ai eu à fréquenter un CH pour ma fille ayant des problèmes de vomissements récurrents. Depuis un an, nous avons dû nous rendre à l'urgence trois ou quatre fois. Chaque fois ils stoppaient ses vomissements et la retournaient à la maison. Cette fois-là, j'ai remarqué le regard de certains membres du personnel et je pouvais y lire : « pas encore elles ». Il a fallu que j'insiste pour qu'ils la soulagent, ils voulaient cette fois-ci ne pas lui enlever ses maux de cœur, disant que ce n'était pas un problème physique, mais sans nous conseiller quoi que ce soit d'autre. J'étais particulièrement fatiguée, j'avais passé une nuit blanche et j'ai trouvé une chaise pas loin que j'ai tirée près de sa civière avec la permission du médecin de garde. Un préposé me regardant avec insistance, passe et me fait le commentaire suivant : « les chaises c'est pour les bébés, votre fille n'a pas besoin d'être bercée à ce que je sache, vous devriez aller vous asseoir dans la salle d'attente... ». C'est vrai ma fille venait tout juste d'avoir 18 ans, elle était devenue tout d'un coup « majeure ». J'ai à ce moment-là senti mes larmes monter, je n'ai senti aucune compassion. Je leur ai dit que je ne partirais pas tant qu'ils ne l'auraient pas fait voir par un psychiatre cette fois-ci. Dans l'état où j'étais, on aurait pu aussi penser m'offrir de l'aide, c'était visible que j'en avais besoin. À ma demande, j'ai enfin rencontré une travailleuse sociale après quelques heures d'attente et je me suis sentie enfin confortée pour la première fois.

Nicole D., témoignage verbal

La liaison entre les différents services de crise, les services dans la communauté et les services spécialisés est un aspect très important des services offerts en santé mentale. À titre d'exemple, aucune personne vulnérable ne devrait quitter l'urgence d'un hôpital sans qu'on la dirige vers des services organisés capables de s'en occuper, ce qui suppose la mise en réseau des urgences avec les autres services de crise et de traitement. Par ailleurs, les situations de crise peuvent présenter des conditions de dangerosité. La collaboration des services policiers est alors requise et doit faire l'objet d'ententes dans le but d'assurer la sécurité de la personne en crise, de son entourage et des intervenants. Cette contribution des services policiers est d'ailleurs encadrée par la Loi P-38.001 (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui).

L'accueil des utilisateurs de services et de leurs proches est déterminant dans les services de crise. De nombreux témoignages d'usagers et plusieurs recherches confirment que le fait de se retrouver à l'urgence d'un hôpital et la manière d'y être accueilli peuvent avoir un impact majeur sur la vie des personnes qui s'y présentent et de leurs proches. Que ce soit à l'urgence ou ailleurs, ces personnes ont besoin d'être mieux écoutées, soutenues et informées.

Services de crise

OBJECTIF : Offrir des services d'intervention de crise 24 heures/7 jours à toute la population			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
	<p>Au cours de la durée d'application du plan, les agences consolideront la gamme de services de crise et s'assureront que ces services sont accessibles à la population de tous les territoires locaux de leur région :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) intervention téléphonique de crise ; 2) service mobile « face à face » ; 3) hébergement de crise ; 4) suivi à court terme ; 5) urgence hospitalière. 	<p>Les CSSS établiront des ententes et des mécanismes de liaison entre les différents services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie.</p> <p>Les CSSS feront connaître à la population de leur territoire, un numéro de téléphone pour accéder à des services de crise en tout temps.</p>	<p>Sur le plan régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir un service mobile d'intervention de crise accessible sur tout le territoire québécois d'ici trois ans. <p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre le passage d'un type de service de crise à un autre (1^{re} ligne, 2^e ligne) à l'intérieur de cinq jours.

LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL

Le fait de réserver une section spéciale aux enfants et aux jeunes témoigne de l'importance que le MSSS accorde à cette population.

Les données épidémiologiques les plus récentes viennent des résultats d'une analyse effectuée pour le compte du ministère des Enfants et du Développement des familles de la Colombie-Britannique. Selon cette étude⁶, 15 % des enfants et des jeunes souffrent de troubles mentaux. Au Québec, cela équivaut à plus de 230 000 enfants et jeunes. 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 % des jeunes, et les troubles dépressifs 2,1 %. 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 moins de 2 % d'entre eux.

Les actions présentées ici ont été définies en vue de présenter une certaine cohérence avec les services actuellement offerts aux enfants et aux jeunes et visent essentiellement l'amélioration de l'accès aux traitements disponibles en insistant sur la priorité qu'il faut accorder à une organisation de services de première ligne.

Les orientations pour guider l'organisation des services

Dans l'organisation des services à mettre en place et des pratiques à privilégier pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental, certaines orientations devraient guider l'action du réseau de la santé et des services sociaux :

- La complexité de poser un diagnostic chez des personnes dont le développement n'est pas terminé exige que l'on accorde une importance particulière aux services d'évaluation destinés à ces personnes en privilégiant des expertises multiples (biopsychosociales).
- L'évolution récente des connaissances issues d'études de suivi longitudinal démontre l'importance d'intervenir tôt (dépistage, intervention précoce) et intensivement (soutien varié et intensif) auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental, compte tenu des liens qui existent entre ce type de trouble et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte.
- Le soutien accordé aux familles et aux proches est prioritaire. Des interventions qui visent l'environnement immédiat de l'enfant ou du jeune sont également nécessaires que ce soit en milieu de garde ou à l'école. Les approches basées sur l'importance du milieu doivent donc être privilégiées afin de maintenir l'enfant ou le jeune dans ses milieux de vie naturels (famille, milieu de garde, école). Les services offerts doivent également s'appuyer sur la participation des familles, tant à l'évaluation qu'à la planification du traitement et au traitement lui-même.

6. C. WADDELL et C. SHEPHERD, *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*, Vancouver, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, University of British Columbia, 2002, p. 3.

- Les besoins varient considérablement selon l'âge de l'enfant (petite enfance, 0-5 ans, enfance, 6-11 ans, adolescence, 12-17 ans) et les études tendent à démontrer que pour la génération actuelle des jeunes, le passage à la vie adulte s'effectue plutôt vers 20 ou même 25 ans. Cela demande donc une adaptation des services et des pratiques en fonction de l'âge et un assouplissement des frontières entre le réseau de la santé mentale pour les enfants et les jeunes et celui conçu pour les adultes; la période de transition entre les services destinés aux jeunes et ceux réservés aux adultes devrait donc être soigneusement planifiée.
- Une attention particulière doit aussi être portée aux enfants et aux jeunes issus des différentes communautés culturelles et autochtones.
- Pour soutenir les enfants dont un des parents est atteint d'une maladie mentale, le réseau devrait s'inspirer des initiatives intéressantes déjà développées, entre autres, par les associations de soutien aux familles et aux proches. Le MSSS fera connaître ces projets, afin de favoriser leur multiplication.

Les services requis

Si l'on se base sur la littérature portant sur le sujet, sur des documents ministériels et sur diverses analyses réalisées par des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, les services à offrir en santé mentale pour les enfants et les jeunes devraient inclure :

- | | | |
|--|---|---|
| Jeunes en général | } | <ul style="list-style-type: none"> • la diffusion d'information sur la santé mentale • la promotion et la prévention • les services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux) • les services de crise |
| Enfants et jeunes ayant un trouble mental | } | <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation et le traitement • l'hospitalisation • les services d'intégration sociale : <ul style="list-style-type: none"> - services résidentiels - intégration au travail et soutien aux études - loisirs • le soutien et les services d'entraide destinés aux parents et la formation des parents • le répit-dépannage pour les parents |

Le présent plan d'action en santé mentale complète les orientations ministérielles déjà existantes en ce qui concerne le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), de même que les orientations portant sur les troubles envahissants du développement (TED) et l'autisme. Les jeunes aux prises avec ces troubles ont fréquemment besoin de services en santé mentale, notamment de services de pédopsychiatrie.

Les actions prioritaires pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental

Parmi la gamme de services à offrir aux enfants et aux jeunes ayant un trouble mental, le MSSS mettra l'accent prioritairement sur :

- L'évaluation et le traitement des troubles mentaux
- Les services d'intégration sociale.

L'évaluation et le traitement des troubles mentaux

A) Le traitement des troubles mentaux dans les services de première ligne

Les traitements offerts aux enfants et aux jeunes dans les services de première ligne doivent être développés, d'une part pour améliorer les services qui sont les plus près des collectivités et, d'autre part, pour permettre une utilisation judicieuse des services de deuxième ligne. Ces services, actuellement mobilisés à outrance par des activités de première ligne, disposent en effet de moins de ressources pour offrir les traitements spécialisés aux jeunes qui en ont besoin.

L'évaluation et le traitement de première ligne pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux doivent s'appuyer sur l'expertise de ressources diversifiées, dans une perspective interdisciplinaire. En prenant appui sur des expériences ayant fait leurs preuves, le MSSS se donne comme objectif de développer en priorité les services de première ligne et d'assurer un passage fluide vers les services spécialisés, lorsque cela est nécessaire. Ces services constituent d'une part, une porte d'entrée importante à l'intérieur du réseau local de services intégrés et, d'autre part, ils assurent le lien avec les services spécialisés en pédopsychiatrie.

De façon concrète, le MSSS vise :

- La mise en place d'un guichet d'accès aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne dans tous les CSSS, où l'on procédera à l'évaluation, au triage, à l'orientation ou au traitement des enfants et des jeunes qui y sont dirigés. Ce guichet d'accès appartiendra à l'équipe de première ligne de santé mentale pour les enfants et les jeunes d'un territoire local.
- La mise en place d'une équipe de santé mentale de première ligne en CSSS pour les enfants et les jeunes afin d'appuyer les autres fournisseurs de services de première ligne qui travaillent auprès des enfants et des jeunes en leur offrant une expertise en santé mentale.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Dans les négociations pour le renouvellement des ententes de travail avec les omnipraticiens et les psychiatres, le MSSS soutiendra, de façon privilégiée, la collaboration entre les intervenants de 1^{re} et de 2^e ligne, travaillant auprès des enfants.</p> <p>De plus, l'amélioration des liens des équipes de 1^{re} ligne ou de 2^e ligne avec les équipes des centres jeunesse (CJ) sera une priorité.</p>		<p>Dès l'année 2005-2006, les CSSS offriront :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un guichet d'accès aux services de traitement de 1^{re} et de 2^e ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental ; • les services d'une équipe de traitement de 1^{re} ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental. 	<p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire de 30 % la liste d'attente en pédopsychiatrie. <p>Sur le plan régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir les services d'un pédopsychiatre répondant ETC/50 000 pop. jeunes <p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'intérieur de 7 jours à l'intervenant ayant dirigé l'enfant ou le jeune vers les services de 1^{re} ligne. • Donner accès à un traitement à l'intérieur d'un mois.

B) Le traitement des troubles mentaux dans les services spécialisés de deuxième ligne

Le traitement spécialisé s'adresse aux enfants dont les symptômes sont les plus graves, dont l'état nécessite une hospitalisation ou qui ont des problèmes aigus. Les services spécialisés appuient aussi les services de première ligne et assurent le traitement des enfants dont le problème n'a pu être résolu à l'intérieur de ces services.

Les soins axés sur la collaboration (soins partagés) doivent être améliorés entre les équipes de première et de deuxième ligne. La présence d'agents de liaison au sein des équipes et la création de liens de confiance entre les membres des équipes et ceux du milieu de vie des jeunes favoriseront le transfert de connaissances entre l'un et l'autre niveau, et cela, dans le respect mutuel. De plus, le MSSS souhaite la mise en place d'un poste de pédopsychiatre répondant par tranche de 50 000 jeunes.

Le MSSS reconnaît aux psychiatres généralistes une compétence de base en pédopsychiatrie et s'attend donc à ce qu'ils participent aux soins des jeunes ayant un problème de santé mentale, en particulier dans les régions où il y a pénurie de pédopsychiatres.

Le MSSS s'attend également à ce que les pédopsychiatres des RUIS assument un soutien clinique auprès des psychiatres généralistes et qu'ils leur offrent la formation continue nécessaire à leur participation aux soins de base des jeunes dans les régions où il y a pénurie.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de deuxième ligne			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Conséquemment à la mise en place de services de 1^{re} ligne bien structurés et accessibles, le MSSS s'attend à ce que l'accessibilité des services spécialisés de pédopsychiatrie respecte les cibles nationales relatives aux services.</p> <p>Le MSSS invite les responsables d'activités de développement professionnel à offrir des activités de mise à niveau pour les psychiatres qui participeront plus activement aux soins destinés aux enfants et aux jeunes.</p>			<p>Répondre à l'intérieur de 14 jours à l'intervenant ayant orienté le patient vers les services de 2^e ligne.</p> <p>Donner accès à un traitement à l'intérieur de 60 jours.</p>

Une attente trop longue peut avoir comme conséquence d'aggraver les problèmes des enfants et des jeunes et d'entraver leur développement normal. Le caractère critique des services spécialisés justifie pleinement l'établissement et le respect d'une norme d'accès à ces services. L'application de la norme d'accès aux services spécialisés permettra aux intervenants en cause de donner une réponse plus rapide aux besoins des enfants atteints de troubles envahissants du développement, par exemple, et d'éviter les conséquences que pourrait avoir chez eux une attente prolongée.

C) Le traitement des troubles mentaux dans les services surspécialisés de troisième ligne

Les services surspécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves. Compte tenu du niveau d'expertise qu'il requiert, le traitement surspécialisé devrait être concentré dans quelques milieux et associé au développement des connaissances. Par ailleurs, le traitement

surspécialisé doit être accessible à tous les enfants et à tous les jeunes qui en ont besoin, à l'aide d'ententes entre les milieux. L'expertise surspécialisée est rare et, dans ce domaine plus que dans tout autre, les soins partagés, incluant le transfert d'expertise et d'expérience, sont très importants.

Des travaux sont nécessaires afin de déterminer les services de troisième ligne requis en pédopsychiatrie. Il sera particulièrement important que les services surspécialisés de pédopsychiatrie s'arriment avec ceux pour les adultes tant au niveau clinique qu'à celui de la recherche et du transfert de connaissances.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Organiser la hiérarchie des services			
MESURES			Cibles
Nationales	Suprarégionales	Locales	
		Au cours de la durée d'application du plan, les fournisseurs de services de 2 ^e ligne consolideront les services de traitement spécialisé pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental, en privilégiant les soins partagés et en tenant compte des services médicaux hiérarchisés conçus pour répondre aux besoins des populations de chaque territoire local.	Offrir les services de 4,5 intervenants professionnels/ 100 000 population.
	Les RUIS participeront à l'identification des fournisseurs de services surspécialisés requis selon les balises du MSSS et déposeront auprès du ministre une proposition concernant l'offre de services surspécialisés dans les domaines retenus.		Déposer le plan de services médicaux surspécialisés.

Les ASSS s'assureront que les ententes de services entre les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les CSSS permettent un accès équitable aux services spécialisés de pédopsychiatrie destinés aux enfants et aux jeunes de toute la région.

Les ASSS sont également responsables de faire appel aux RUIS pour obtenir les services spécialisés non disponibles dans la région (sur une base occasionnelle ou, de façon exceptionnelle, sur une base permanente), de même que les services de troisième ligne nécessaires.

Les CSSS sont responsables d'informer la population de leur territoire des services disponibles en santé mentale pour les enfants et les jeunes et de faire connaître les mécanismes d'accès à ces services.

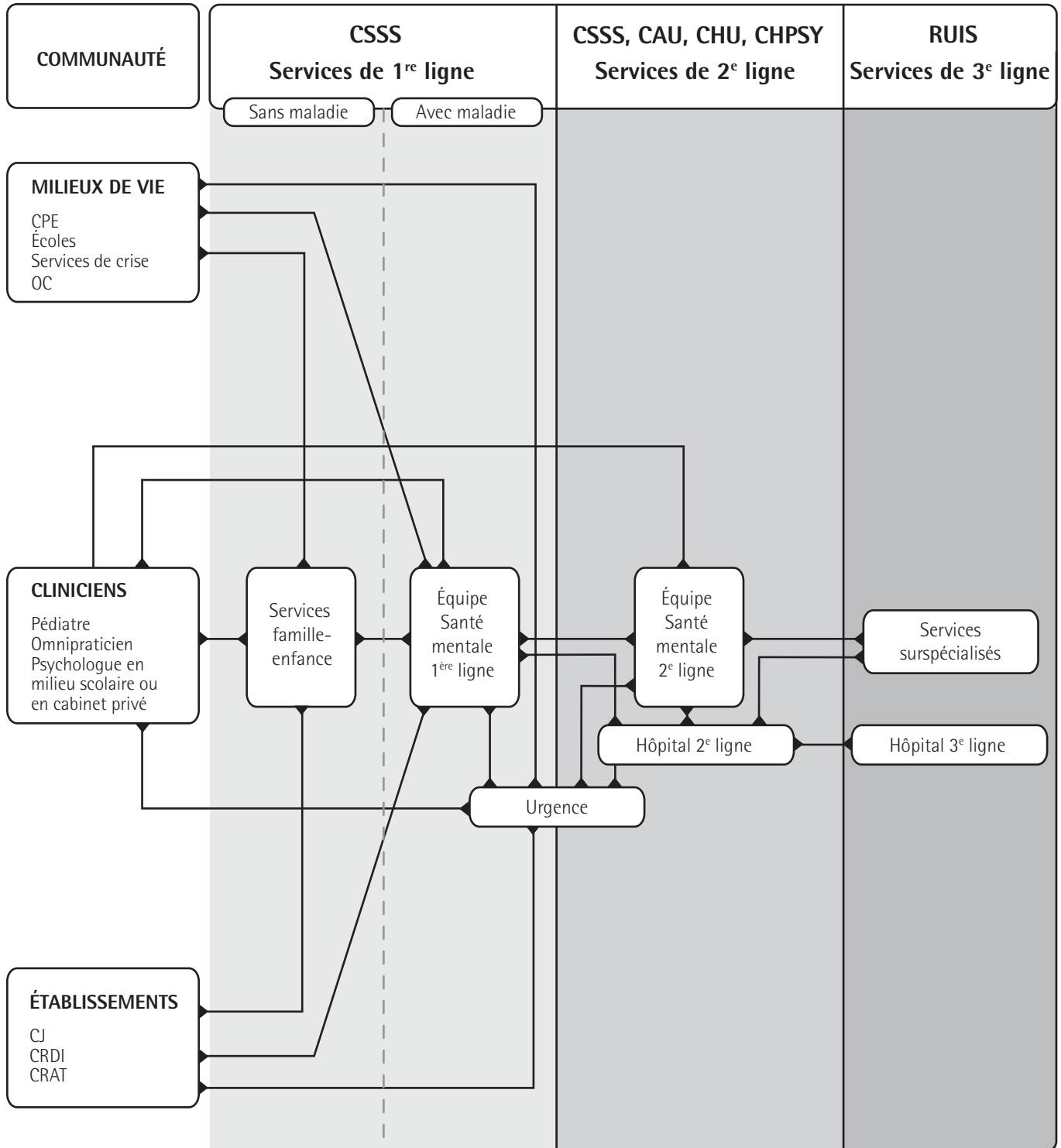
D) Le cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé

Le schéma présenté plus bas illustre le cheminement d'un enfant ou d'un jeune pour accéder aux services de santé mentale, à partir de la communauté. La plupart des familles ou des jeunes consultent leur omnipraticien, leur pédiatre, les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé et certains se rendent dans un organisme communautaire ou un centre de crise. Ils peuvent être dirigés vers les services généraux du CSSS, où on leur offrira un soutien psychosocial qui apportera des solutions à leurs difficultés, ou bien on les orientera vers l'équipe de santé mentale s'ils sont malades. L'équipe de santé mentale de première ligne est le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale. Les enfants et les jeunes y sont évalués et traités, ceux dont l'état nécessite des soins spécialisés sont dirigés vers les services de deuxième ligne.

Pour que ce modèle fonctionne, les services de deuxième ligne doivent appuyer ceux de la première ligne. Le schéma qui suit illustre le fonctionnement de deux équipes. Les deux niveaux de soins pourraient être offerts par une seule équipe, si le faible volume de personnes à traiter l'exigeait. Dans de tels cas, il faudrait être vigilant pour s'assurer que les services de première ligne sont réellement disponibles.

Figure 2

Cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé



Les services d'intégration sociale prioritaires

La valeur thérapeutique de l'intégration dans des activités ayant une signification particulière pour les jeunes et permettant à ceux-ci de se réaliser tout en conservant des liens avec la société active a maintes fois été démontrée. L'offre de mesures de soutien efficaces qui donnent satisfaction aux jeunes et à leur famille est nécessaire.

Parmi les services d'intégration sociale, le MSSS mettra l'emphase dans un premier temps, sur le soutien aux études et sur l'intégration au travail. L'accès à des services et des activités de loisir sera également abordé.

A) Le soutien aux études

Un projet pilote réalisé dans la région de Québec entre 2001 et 2003 auprès de 26 jeunes ayant un problème grave de santé mentale a démontré que les mesures de soutien adaptées à ce groupe ont un effet positif important⁷. En effet, ces mesures ont permis à ces jeunes d'augmenter leur taux de réussite dans leurs études et de faire montre de plus de persévérance. Dans une perspective visant le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental, les résultats obtenus sont très encourageants.

Soutien aux études

OBJECTIF : Mettre en place des mesures de soutien aux études			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
Le MSSS amorcera des travaux avec le ministère de l'Éducation et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité afin de mettre en place des mesures de soutien conjointes, pour permettre à des jeunes atteints de problèmes de santé mentale de poursuivre leurs études.			Accroître le nombre de jeunes ayant bénéficié de mesures particulières de soutien dans leurs études.

B) L'intégration au travail

Les mesures prévues pour favoriser l'intégration au travail de la population adulte devraient également s'appliquer aux jeunes qui souffrent d'un trouble mental.

7. V. BÉGUET ET S. FORTIER, *Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale : bilan général d'une recherche-action*, Québec, Le Pavois, 2004, p. 8.

Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse

Les centres jeunesse sont responsables d'un grand nombre d'enfants et de jeunes qui ont des difficultés importantes dans la vie, dont des troubles mentaux. Afin de répondre aux besoins de ces jeunes, plusieurs centres jeunesse ont déjà mis sur pied des services spécialement conçus pour les jeunes ayant des troubles mentaux qui sont hébergés dans leurs services. Le MSSS invite les régions à mener à terme, en priorité, la mise en place des équipes de deuxième niveau proposées au « Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse » et d'étendre le mandat de ces équipes à la santé mentale. Ces équipes devront compter sur la participation d'au moins une infirmière pour assurer la fonction de coordination et de liaison entre autres avec les médecins, omnipraticiens ou pédiatres, et les pédopsychiatres répondants. À titre d'exemple, certains centres jeunesse ont développé une équipe de deuxième niveau par 200 jeunes hébergés.

Afin d'améliorer les habiletés des membres des équipes de deuxième niveau, un module de formation sur la santé mentale sera intégré au Plan national de formation Jeunesse (PNFJ).

La question du développement des services résidentiels, dans les centres jeunesse, pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale doit être mieux documentée. Le MSSS reconnaît qu'il y a des besoins en matière d'hébergement pour des jeunes qui souffrent d'un trouble mental et que les centres jeunesse offrent la majorité de ces services. Des travaux seront rapidement entrepris pour préciser les besoins de services résidentiels.

Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse

OBJECTIF : Achever la mise en place d'équipes de deuxième niveau			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Le MSSS en collaboration avec les centres jeunesse initiera deux projets-pilote visant à identifier les conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mise en place d'une équipe de deuxième niveau avec expertise en santé mentale ; • d'arrimage de cette équipe avec les services hiérarchisés en santé mentale. 	<p>Les ASSS s'assureront d'achever, en priorité, la mise en place d'équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse de tout le Québec.</p> <p>Les ASSS, en collaboration avec les CJ, feront l'analyse des services résidentiels utilisés en CJ par des jeunes ayant un trouble mental selon des modalités standardisées convenues avec le MSSS.</p>		<p>Assurer la présence d'équipes de deuxième niveau dans tous les centres jeunesse du Québec.</p>

LES ADULTES AYANT UN TROUBLE MENTAL

La présente section concerne l'ensemble des adultes ayant un trouble mental, quels que soient leur âge et la gravité de leur trouble. Des travaux avec des partenaires concernés permettront, par ailleurs, de cibler certains axes d'intervention spécifiques pour les personnes âgées. Au cours des dernières années, les travaux effectués au Québec ont porté principalement sur l'organisation des services pour les personnes atteintes d'un trouble mental grave. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* propose quant à lui des actions de nature à améliorer les services pour toutes les personnes ayant un trouble mental. Afin de bien cerner la réalité qui nous occupe, les troubles mentaux graves et modérés seront d'abord définis dans les pages qui suivent. Notons toutefois que l'organisation des services ne devrait pas s'appuyer uniquement sur ces précisions, mais tenir compte de la gravité des incapacités engendrées par le trouble mental.

Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail⁸. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves.

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, de 2 à 3 % de la population adulte a un trouble mental grave⁹. Environ 150 000 à 200 000 adultes québécois, incluant des personnes âgées, vivent donc avec les conséquences importantes qu'engendrent ces problèmes de santé.

Les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus¹⁰. Les troubles mentaux modérés sont donc généralement moins handicapants que les troubles mentaux graves. Par contre, ils sont beaucoup plus fréquents. De plus, on observe qu'ils sont en voie d'augmentation.

Les troubles anxieux et de l'humeur sont des troubles mentaux très fréquents et ils sont associés à un fardeau individuel, social et économique élevé. Au Canada, les prévalences à vie pour la dépression majeure et pour les troubles anxieux sont respectivement de 10 et de 21 %¹¹.

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, p. 22.

9. Selon le Conseil médical, cette proportion serait de 2,3 % au Québec.

10. CS. DEWA et autres, « Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », dans *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, n° 1, 2003, p. 3.

11. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Québec, Conseil médical du Québec, 2001, p. 8.

Les services requis

Un consensus de plus en plus large existe sur les services qui doivent être accessibles aux personnes ayant un trouble mental (OMS, Angleterre, Australie). La gamme de services reconnue comme faisant partie des pratiques les plus efficaces dans un document publié par Santé Canada¹², dont les résultats ont été repris dans le plan d'action de 1998¹³, correspondent aux conclusions de divers travaux réalisés depuis par des partenaires du réseau, et tous s'entendent quant aux services à offrir. Cette gamme de services comprend :

Adultes en général

- la diffusion d'information sur la santé mentale
- la promotion et la prévention
- les services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux)
- les services de crise

Adultes ayant un trouble mental

- l'évaluation et le traitement
- l'hospitalisation
- le suivi intensif et le soutien d'intensité variable
- les services d'intégration sociale :
 - services résidentiels
 - intégration au travail et soutien aux études
 - loisirs
- le soutien aux familles et aux proches
- la promotion et la défense des droits

Les personnes qui ont un trouble mental ne forment pas un groupe monolithique aux besoins uniformes. L'importance de leur maladie, ainsi que le soutien et les traitements qu'ils ont reçus, modèlent l'expérience de la maladie et ses conséquences sur la vie. De plus, le parcours des personnes atteintes n'est pas linéaire et leurs besoins peuvent varier beaucoup dans le temps. L'organisation des services doit donc faire preuve de beaucoup de souplesse et de diversité en vue de répondre aux besoins de ces personnes.

Très souvent, les familles et les proches accompagnent et soutiennent la personne atteinte, mais leur participation au traitement est parfois difficile, compte tenu du lien qui les unit avec cette personne. Ils ont donc besoin d'être accueillis, informés, soutenus et orientés dans le réseau de soins, quels que soient le fournisseur consulté et le type de services réclamé.

12. INSTITUT PSYCHIATRIQUE CLARKE, UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale : document de discussion*, Ottawa, Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Santé Canada, 1997, 41 p.

13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 18.



Apprendre à accompagner une personne atteinte de maladie mentale ne se fait pas de façon spontanée, il faut prendre le temps, se donner les moyens, s'outiller et, pour y arriver, il faut aller chercher de l'aide.

Jeannine C., Sherbrooke, témoignage recueilli par la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

Les actions prioritaires pour les adultes ayant un trouble mental

Parmi la gamme étendue de services à offrir à l'ensemble des personnes ayant un trouble mental, le MSSS mettra l'accent prioritairement sur :

- l'évaluation et le traitement des troubles mentaux ;
- les services destinés aux adultes ayant des troubles mentaux graves :
 - le suivi intensif et le soutien d'intensité variable ;
 - les services d'intégration sociale : les services résidentiels, l'intégration au travail.

L'évaluation et le traitement des troubles mentaux

L'organisation des services pour les adultes ayant un trouble mental prend assise sur les soins partagés et la hiérarchisation des services médicaux.

A) Le traitement des troubles mentaux dans les services de première ligne

Les pratiques et les modèles à privilégier

Le traitement offert par les services de première ligne aux adultes ayant un trouble mental doit être mieux soutenu et structuré.

La plupart des personnes adultes qui ont un trouble mental modéré ne sont vues que dans les soins de première ligne, où leur problème passe fréquemment inaperçu¹⁴. De plus, les personnes atteintes de dépression ont tendance à consulter un omnipraticien pour différents problèmes de santé autres que la dépression. Ce constat s'applique particulièrement aux personnes âgées qui consultent pour des problèmes physiques, dont elles souffrent réellement, mais chez lesquelles on dépiste rarement la dépression. On estime que seulement 10 % des personnes âgées dont l'état nécessite des soins psychiatriques bénéficient de tels soins¹⁵.

14. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 59.

15. CLSC RENÉ-CASSIN, *Programme communautaire de santé mentale pour les adultes de 60 ans et plus*, 2003 (document non publié).

En somme, compte tenu du fait que les dépressions non traitées ont plus tendance à récidiver, occasionnant chaque fois un nouveau risque de suicide et de chronicité, il ne fait aucun doute qu'il faut intervenir pour traiter ces problèmes dans les services de première ligne.

Les travaux précisant les formes de traitement à privilégier sont nombreux et devraient guider l'évolution du traitement dans les services de première ligne. Deux formes principales de traitement sont préconisées dans les évaluations mesurant l'efficacité des interventions : la psychothérapie et la thérapie médicamenteuse. La formation en santé mentale pour les omnipraticiens contribue à améliorer la prise en charge des troubles mentaux, mais la seule participation des omnipraticiens au traitement de ces troubles ne permet pas d'atteindre un résultat optimal, alors que l'efficacité du travail conjoint des psychologues et des omnipraticiens a maintes fois été démontrée. Des succès ont aussi été obtenus par l'association d'autres professionnels, tels que les infirmières et les travailleurs sociaux au traitement de ces maladies¹⁶.

Au regard de l'organisation des services, des chercheurs canadiens¹⁷ concluaient récemment que, malgré le potentiel lié à la contribution de différentes disciplines, la collaboration est insuffisante entre les omnipraticiens, les professionnels du secteur de la santé mentale et les psychiatres. Tout à fait dans le même sens, des recherches récentes¹⁸ indiquent que le traitement de la dépression majeure doit mettre l'accent sur *a fluid working relationship* entre les différents professionnels visés : psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, médecins omnipraticiens et psychiatres.

Quel que soit l'ouvrage de référence consulté, le partenariat interdisciplinaire fondé sur un travail conjoint réel, et non uniquement sur un système d'orientation des patients, est considéré comme la clé du succès pour le traitement des troubles mentaux modérés. Dans le présent plan d'action, les actions prioritaires au regard du traitement des troubles mentaux s'appuient toutes sur ce nécessaire partenariat.

La littérature citée plus haut provient d'études portant sur des adultes. Il est permis de croire que les fondements proposés sont tout aussi utiles dans le traitement des enfants et des jeunes.

16. G. THORNICROFT et M. TANSELLA, *What are the arguments for community-based mental health care*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003, p. 11.

17. CS. DEWA et autres, *op. cit.*, p. 8.

18. M. VON KORFF et D. GOLBERG « Improving outcomes in depression », dans *British Medical Journal*, vol. 323, 27 octobre 2001, p. 949.



(...) dans un CLSC, une omnipraticienne accepte de me suivre, malgré mes nombreux diagnostics, mon long passage en psychiatrie (toute une carrière!) et le fait que je prenais plusieurs médicaments.

(...) Au fil des années, une base de confiance s'est installée entre nous deux. Ça nous a permis de prendre des risques calculés et négociés, même pendant les moments difficiles, incertains pour l'une ou l'autre, ou de « crise » aiguë.
Monika, 43 ans*

* *Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, Montréal, 2004, p. 11.*

L'organisation du traitement dans les services de première ligne

Les prestataires actuels de services de première ligne répondent à 7 à 9 % de la population adulte de leurs territoires¹⁹ pour des problèmes de santé mentale. Ils sont les principales voies d'accès au traitement et au soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux et doivent le demeurer.

Le modèle d'organisation proposé par le MSSS vise à appuyer le rôle de ces prestataires, à s'assurer que le traitement est disponible pour chaque personne qui en a besoin au sein de la population et à faciliter un passage fluide vers les ressources de deuxième et de troisième ligne. Comme dans l'organisation prévue pour les enfants et les jeunes, le MSSS vise la mise en place d'équipes de première ligne en CSSS comme point de référence pour le soutien, la formation et l'organisation des services de première ligne, en partenariat avec les ressources présentes dans le milieu.

19. A. LESAGE et autres, « Estimating local area needs for psychiatric care : a case study », dans *British Medical Journal*, vol 169, n° 1, 1996, p. 49-57.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
Dans les négociations pour le renouvellement des ententes de travail avec les omnipraticiens et les psychiatres, le MSSS soutiendra, de façon privilégiée, la collaboration entre les intervenants de 1 ^{re} et de 2 ^e ligne.		Dès l'année 2005-2006, les CSSS mettront en place : <ul style="list-style-type: none"> • un guichet d'accès aux services de traitement de 1^{re} et de 2^e ligne pour les adultes ayant un trouble mental ; • une équipe de traitement en 1^{re} ligne pour les adultes ayant un trouble mental. 	<p>Sur le plan régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir les services d'un psychiatre répondant par 50 000 habitants. <p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à l'intérieur de 7 jours à la personne ayant dirigé le patient vers les services de 1^{re} ligne. • Donner accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours.

B) Le traitement des troubles mentaux dans les services spécialisés de deuxième ligne

Le traitement spécialisé devra être accessible dans les situations complexes. Il fait appel principalement à l'expertise de psychologues et de psychiatres, en collaboration avec des infirmières, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels. Pour le traitement spécialisé, comme pour le traitement dans les services de première ligne, la collaboration interdisciplinaire des professionnels impliqués est un gage de succès.

Dans une publication récente²⁰, on indique que les services spécialisés de deuxième ligne devraient être réservés :

- à l'évaluation et au diagnostic ;
- au traitement des personnes ayant les symptômes les plus graves ;
- aux soins destinés aux personnes présentant le plus de risques de rupture avec la société (violence, criminalité) ;
- au traitement et à la réadaptation de longue durée d'un petit nombre de personnes résistant aux traitements habituels, mais qui ont un potentiel de réadaptation ;
- à la formulation de recommandations pour le traitement dans les services de première ligne et pour le traitement des personnes n'ayant pas fait l'objet de telles recommandations.

20. G. THORNICROFT et M. TANSELLA, *op. cit.*, p. 10.

L'hospitalisation, le traitement en clinique externe et le suivi intensif sont des services de deuxième ligne. Le Québec possède 0,4 lit par 1 000 habitants pour des hospitalisations, dont 0,25/1 000 devraient être réservés à des hospitalisations de soins actifs et 0,15 à des soins psychiatriques de longue durée de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). De plus, certains milieux spécialisés disposent de lits réservés au traitement et à la réadaptation de longue durée. Cette ressource rare ne devrait pas être présente dans toutes les régions, mais son accès devrait être offert à toutes les personnes qui en ont besoin, selon des ententes portant sur les mécanismes d'accès à de telles ressources.

La mise en place de services de première ligne susceptibles d'assurer le traitement d'une grande proportion des personnes ayant un trouble mental sera possible si les médecins spécialistes offrent le soutien nécessaire et assurent une reprise du traitement lorsque ce dernier n'a pas atteint un résultat optimal dans les services de première ligne.

Des liens (soins partagés) doivent être créés entre les équipes de première et de deuxième ligne. Les personnes traitées par les équipes de deuxième ligne devraient être réorientées vers l'équipe de première ligne dès que leur état le permet. Enfin, les cliniciens des services spécialisés doivent assurer un rôle de formateur auprès des équipes de première ligne.

Le psychiatre répondant d'un territoire local devient l'interlocuteur privilégié dans cette démarche de hiérarchisation des services. Il échangera et donnera des avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent une expertise spécialisée. Dans certains cas, le psychiatre répondant offrira lui-même le traitement.

Le traitement des troubles mentaux dans les services de première ligne libérera du temps pour les psychiatres et leur permettra ainsi d'offrir une réponse plus rapide aux personnes qui ont besoin de leurs services. Les psychiatres seront aussi invités à s'engager de façon plus importante auprès des personnes ayant des problèmes multiples et complexes, particulièrement auprès des jeunes actuellement traités par les centres jeunesse et des adultes avec un double problème : maladie mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de deuxième ligne			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Conséquemment à la mise en place de services de 1^{re} ligne bien structurés et accessibles, le MSSS s'attend à ce que les critères d'accessibilité des services spécialisés de psychiatrie respectent les cibles nationales relatives aux services.</p>			<p>Répondre à l'intérieur de 14 jours</p> <p>Donner accès à un traitement à l'intérieur de 60 jours.</p>

C) Le traitement des troubles mentaux dans les services surspécialisés de troisième ligne

Les services surspécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves. Compte tenu du niveau d'expertise qu'il requiert, le traitement surspécialisé devrait être concentré dans quelques milieux et associé au développement des connaissances. Par ailleurs, le traitement surspécialisé doit être accessible à toutes les personnes qui en ont besoin, peu importe leur âge, par le biais d'ententes entre les milieux.

Des collaborations (soins partagés) doivent être encore plus développées entre les cliniciens de deuxième et de troisième ligne. Les personnes traitées par les cliniciens de troisième ligne devraient être réorientées vers le psychiatre de deuxième ligne dès que leur état le permet. Enfin, les cliniciens des services surspécialisés doivent assurer un rôle de formateur auprès des équipes de deuxième ligne.

En prenant appui sur le point de vue d'experts dans le domaine, le MSSS vise, pour les adultes, la disponibilité de services de troisième ligne dans des domaines précis et selon les paramètres suivants :

- troubles de la personnalité : quatre services pour le Québec (un par RUIS) ;
- troubles anxieux et dépressifs : quatre services pour le Québec (un par RUIS) ;
- troubles alimentaires : deux services pour le Québec ;
- troubles psychotiques : 4 services pour le Québec, dont deux auront un mandat de services pour les premières psychoses, et deux auront un mandat pour les troubles psychotiques réfractaires ;
- psychiatrie légale et troubles de la conduite sexuelle : l'Institut Philippe-Pinel joue un rôle de troisième ligne dans ce domaine. De plus, le MSSS a entrepris des travaux pour orienter la hiérarchisation des services en psychiatrie légale et fera connaître une proposition d'organisation provinciale ultérieurement.

Le développement de services surspécialisés dans ces domaines n'exclut en rien la poursuite d'activités de deuxième ligne dans les mêmes spécialités. Au contraire, l'un et l'autre devraient être offerts de façon coordonnée par des fournisseurs qui collaborent.

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour structurer correctement les services surspécialisés qui seront offerts. Les RUIS feront des recommandations pour préciser quels seront ces services. Le MSSS, en collaboration avec les ASSS, s'assurera qu'ils sont accessibles, de façon équitable, à toutes les populations visées.

Évaluation et traitement

OBJECTIF : Organiser la hiérarchisation des services			
MESURES			Cibles
Nationales	Suprarégionales	Locales	
		Au cours de l'année 2005-2006, les CSSS (direction générale, direction des services professionnels), en partenariat avec les CMDP, les omnipraticiens, les pédiatres, les psychiatres/pédopsychiatres et le DRMG de leur territoire, déposeront à l'ASSS et au MSSS une offre de services médicaux hiérarchisés, pour répondre aux besoins des personnes de 0-100 ans de chaque territoire local.	Déposer le plan de services médicaux hiérarchisés.
	Les RUIS déposeront auprès du ministre une proposition d'organisation des services surspécialisés dans les domaines retenus.		Déposer le plan de services médicaux surspécialisés.

Les ASSS s'assureront que les ententes de services entre les CHSGS et les CSSS permettent un accès équitable aux services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie à la population de toute la région.

Les ASSS sont également responsables de faire appel aux RUIS pour obtenir les services spécialisés non disponibles dans la région (sur une base occasionnelle ou, de façon exceptionnelle, sur une base permanente), de même que les services de troisième ligne nécessaires.

Les CSSS sont responsables d'informer la population de leur territoire des services disponibles en santé mentale et des mécanismes d'accès à ces services.

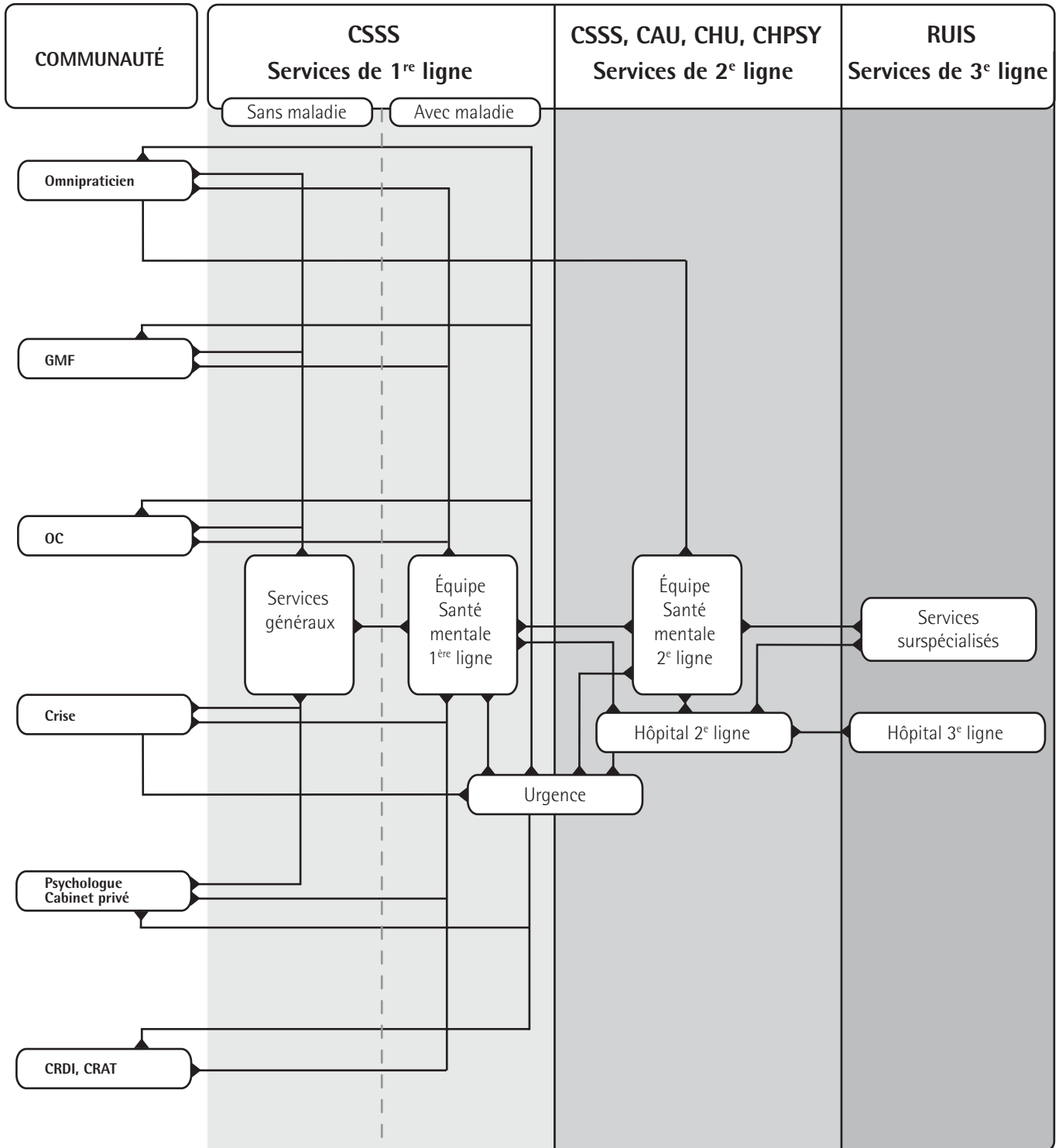
D) Le cheminement d'un adulte dans le système hiérarchisé

Le schéma présenté ici illustre le cheminement d'une personne pour accéder aux services de santé mentale, à partir de la communauté. La plupart des personnes consultent leur omnipraticien, certaines se rendent dans un organisme communautaire ou un centre de crise. Elles peuvent être référées aux services généraux du CSSS où on leur offrira un soutien psychosocial qui solutionnera leurs difficultés ou on les orientera vers l'équipe de santé mentale si elles sont malades. L'équipe de santé mentale de première ligne est le guichet d'accès aux services spécialisés de santé mentale. Les personnes y sont évaluées et traitées. Celles qui nécessitent des soins spécialisés sont référées vers les services de deuxième ligne.

Pour que ce modèle fonctionne, les services de deuxième ligne doivent appuyer les services de première ligne. Le schéma qui suit illustre le fonctionnement de deux équipes. Les deux niveaux de soins pourraient être offerts par une seule équipe, si le faible volume de personnes à traiter l'exigeait. Dans de tels cas, il faudrait être vigilant pour s'assurer que les services de première ligne sont réellement disponibles.

Figure 3

Cheminement d'un adulte dans le système hiérarchisé



Les services destinés aux adultes ayant un trouble mental grave

L'amélioration des modes de traitement des troubles mentaux graves permet aux personnes souffrant de tels troubles de vivre en société. La présente section porte sur les services de soutien et d'intégration sociale qu'il faut prioritairement développer pour faciliter la vie des personnes dans la communauté.

A) La réadaptation psychosociale

« La réadaptation est le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier, la réadaptation encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale »²¹.

Dans plusieurs milieux, des services particuliers existent pour la réadaptation des personnes aux prises avec des conséquences liées à des troubles mentaux. L'expérience a démontré que ces services doivent être souples afin de s'ajuster aux aptitudes individuelles des personnes et à leurs aspirations. Ils doivent aussi être offerts en relation avec les autres services de santé mentale. Plusieurs organismes communautaires offrent des services de réadaptation.

L'ensemble des services destinés aux personnes ayant des troubles mentaux graves devraient être offerts dans une perspective de réadaptation. Les services de suivi, de soutien et d'intégration sociale décrits plus bas s'inscrivent dans cette perspective.

B) Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable sont des mesures très structurantes pour l'organisation des services visant le maintien dans la communauté des adultes aux prises avec un trouble grave de santé mentale.

Le suivi intensif de type *Assertive community treatment* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin.

Le soutien d'intensité variable de type *Case management* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service²². Dans le secteur de la santé mentale, c'est

21. V. KOVESS et autres, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2001, p. 14.

22. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 13-18.

l'intervenant pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services.

Suivi intensif et soutien d'intensité variable

OBJECTIF : Assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
		<p>Les CSSS poursuivront, en collaboration avec les CH et les organismes communautaires, l'implantation d'un système de suivi intensif et de soutien d'intensité variable.</p> <p>Ils verront à assurer la présence de pairs-aidants au sein de 30 % des équipes d'ici 5 ans.</p>	<p>Sur le plan national :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à 75 % des besoins théoriques en matière de suivi intensif. • Répondre à 100 % des besoins relatifs au soutien d'intensité variable, partout au Québec.

C) Les services d'intégration sociale

Bien que le MSSS demeure le pivot de l'action gouvernementale en ce qui a trait aux déterminants de la santé mentale et aux services en santé mentale, une collaboration intersectorielle entre ministères s'impose pour favoriser l'intégration sociale des personnes ayant un trouble mental, afin que celles-ci soient en mesure d'exercer leur citoyenneté. Ces personnes ont les mêmes aspirations que tous les autres citoyens : un revenu suffisant, un logement correct, la possibilité de s'instruire, une formation leur permettant d'avoir un travail valable et constructif, la possibilité de prendre part à la vie communautaire, la possibilité d'avoir des amis et des relations sociales²³, il est important de leur fournir les moyens pour répondre à ces aspirations.

Dans cette perspective, différents types de collaboration intersectorielle sont nécessaires, entre autres sur le plan du logement, du travail, de l'emploi et de l'éducation. Il est également important d'établir une collaboration intersectorielle avec le système judiciaire. Au plan national, ce partenariat a pour principal objectif l'adaptation et la création de lois, programmes ou règlements favorables aux personnes ayant un trouble mental et visant à supprimer les obstacles à l'intégration sociale de ces personnes.

23. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, p. 94.

Dans le cadre du présent plan d'action, les soutiens au logement, au travail et aux études sont les priorités retenues. Le soutien aux études est traité dans la section portant sur les services destinés aux enfants et aux jeunes.

Les services résidentiels

Une variété de services résidentiels est nécessaire pour assurer une réponse adéquate aux besoins de logement des personnes ayant un trouble mental. Ajoutons à cela que ces services doivent tenir compte de leur autonomie, de leur sécurité, de leurs goûts, de leurs capacités. Actuellement il y a au Québec environ 9 000 places dans les services résidentiels. Elles sont réparties de la façon suivante :

- 937 places en hébergement en soins de longue durée dans les établissements de type hospitalier ayant une mission de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 2 967 places dans les ressources intermédiaires (RI) ;
- 4 385 places dans les ressources de type familial (RTF) ;
- 451 places dans les organismes communautaires d'hébergement (OCH) ;
- 491 places dans des logements autonomes avec soutien (nombre sous-estimé).

Le plan d'action proposé ici vise à ajuster les services traditionnellement offerts aux besoins des personnes qui les utilisent. Des ajustements s'imposent, par exemple, quant au nombre de places dans des logements avec soutien, qui est de loin inférieur au nombre recommandé dans les normes reconnues²⁴. On observe aussi que l'hébergement à durée illimitée (RTF, RI) occupe une très grande place. Dans l'avenir, des réaménagements sont nécessaires pour accroître l'offre de logements autonomes avec soutien.

Pour atteindre nos objectifs, le transfert des ressources vers du logement autonome avec soutien doit permettre d'intégrer un régime de soutien souple, individualisé, qui varie en nature et en intensité. Il doit aussi permettre le recours au logement privé fourni dans la communauté et respecter le choix du logement de l'utilisateur²⁵.

À des fins de planification, il faut noter que le logement autonome avec soutien peut prendre diverses formes. L'expression « avec soutien » signifie que les personnes vivant dans un logement autonome (privé ou subventionné) reçoivent des services de soutien, accessibles sur une base continue. Les appartements supervisés, souvent apparentés à des ressources intermédiaires, correspondent à l'une des formes possibles de logement avec soutien. Par ailleurs, les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome sont à distinguer des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, qui se définissent généralement comme des services ambulatoires disponibles pour une période de temps limitée.

24. A. LESAGE et autres, « Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 7, 2003, p. 318.

25. J. TRAINOR, « Le logement des personnes atteintes de troubles mentaux en Ontario : analyse critique et perspective d'avenir », dans A. BEAULIEU et H. DORVIL (sous la dir. de), *L'habitation comme déterminant social de la santé mentale : actes du colloque tenu les 15 et 16 mai 2002 à l'Université Laval dans le cadre du 70^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir-Acfas*, Montréal, Association francophone pour le savoir-Acfas, 2004, p. 46 (Cahiers scientifiques ; 99).

Services résidentiels

OBJECTIF : Améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome			
MESURES			Cibles population 100 000 h.
Nationales	Régionales	Locales	
En 2005-2006, la Direction de la santé mentale collaborera aux travaux du Comité intersectoriel MSSS/SHQ pour convenir du soutien clinique requis favorisant l'accès à des logements sociaux pour les personnes ayant un trouble mental.	<p>À partir de 2005-2006, les ASSS procéderont à des modifications ou à une réorganisation des ressources résidentielles pour atteindre les cibles qui ont été fixées. Le logement autonome doit être la formule privilégiée.</p> <p>Les ASSS, en collaboration avec les partenaires concernés, feront la promotion du logement autonome (logements sociaux, logements privés) pour les personnes ayant un trouble mental.</p>	Les CSSS mettront en place des services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome.	<p>Hébergement avec encadrement intensif : 20 à 30 places.</p> <p>Hébergement avec soutien léger : 40 places.</p> <p>Soutien au logement : 50 places.</p>

L'intégration au travail

Le MSSS partage des responsabilités, en matière d'intégration au travail et aux études des personnes ayant des troubles mentaux, avec le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF) et le ministère de l'Éducation (MEQ).

Sur le plan de l'intégration au travail, différentes mesures de pré-employabilité, de développement de l'employabilité, ainsi que des mesures d'insertion et de maintien en emploi ont été mises en place au cours des années.

Les mesures relatives à l'insertion et au maintien en emploi n'ont été conçues et appliquées que dans la dernière décennie, et ce, dans un nombre limité de régions. De plus, les démarches entreprises, trop peu nombreuses, sont entravées par des obstacles majeurs à l'intégration des personnes à une plus large échelle. L'un de ces obstacles est l'appauvrissement que peut entraîner l'intégration au travail lorsque les personnes se retrouvent privées de certaines compensations financières : pour les médicaments, par exemple.

Ce qui a été aidant, c'est de me retrouver face à des personnes qui ne me jugeaient pas. Dans le premier organisme communautaire de réinsertion au travail que j'ai consulté, la conseillère m'a intégré à un groupe et, après quelques semaines, je faisais un programme d'emploi. Dans ce milieu de travail, on ne m'a pas posé de questions sur ce qui m'a amené à la sécurité du revenu. J'ai pu me faire une crédibilité par mon travail et les résultats que j'obtenais. (Par contre, plus tard, j'ai vécu l'inverse et l'absence de crédibilité.)

À chaque étape où on m'a fait confiance, j'ai senti qu'on ne s'attendait pas à ce que je me casse la gueule. Mais je savais que si j'avais un problème, on serait là pour m'aider. Avec le temps, c'est moi qui ai eu confiance en moi, parce que d'autres ont eu confiance en moi avant.

*Homme, 35 ans**

* Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, Montréal, 2004, p. 20.



Pourtant, de nombreuses recherches démontrent les bénéfices du travail sur la santé et la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble mental grave : diminution des symptômes, réduction de l'anxiété, diminution du taux d'hospitalisation, augmentation des interactions sociales²⁶.

Les programmes du type contrat d'intégration au travail (CIT), bien qu'ils gagneraient à être mieux adaptés à la réalité des personnes ayant un trouble mental, semblent être les mesures les plus normalisantes.

L'insertion dans un emploi rémunéré ne doit pas être le seul objectif dans ces démarches vers l'intégration sociale. Les nombreux obstacles à une telle insertion doivent nous amener à examiner d'autres options. La participation sociale doit être considérée, soit comme une étape dans une démarche de pré-employabilité, soit dans une perspective à long terme si la personne ne peut poursuivre son cheminement vers l'obtention d'un emploi rémunéré. Nous devons aussi comprendre que la participation sociale consiste en des activités basées sur l'aide ou l'entraide, que ces activités servent à des fins non lucratives, et que la contribution des personnes atteintes d'un trouble mental à ces activités leur apporte un sentiment d'utilité et de valorisation.

26. MINISTRY OF HEALTH SERVICES, *BC's Mental Health Reform Best Practices*, Vancouver, Ministry of Health Services, 2002, p. 10.

Pour l'ensemble des mesures d'intégration au travail, des activités de soutien psychosocial sont nécessaires tout au long du processus d'intégration. Ce soutien doit faire partie de la gamme de services destinés aux personnes ayant un trouble mental grave. Le soutien psychosocial vise à accompagner la personne dans les différentes étapes de son cheminement vers l'emploi. Il doit être offert tant aux personnes engagées dans des activités de participation sociale qu'à l'étape de l'insertion et du maintien en emploi.

Intégration au travail

OBJECTIF : Favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Dès l'année 2005-2006, le MSSS amorcera des travaux avec le MESSF afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi à la situation des personnes ayant un trouble mental grave ; • de faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental grave. 	<p>Les ASSS soutiendront le développement de partenariats entre les employeurs et les organismes engagés dans ce secteur d'activités, en vue de favoriser la création d'emplois adaptés aux besoins des personnes ayant un trouble mental grave.</p> <p>En collaboration avec les directions régionales d'Emploi-Québec, les ASSS s'emploieront à apporter les ajustements nécessaires et à favoriser l'application des programmes de type CIT pour les personnes ayant un trouble mental grave.</p>	<p>Les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, rendront accessible le soutien à l'intégration au travail.</p>	<p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir des services de soutien à l'intégration au travail à 58 personnes/100 000 habitants.

Le soutien aux études

Les mesures prévues pour favoriser le soutien aux études pour la population jeune devraient également s'appliquer aux adultes qui souffrent d'un trouble mental.

LES PERSONNES À POTENTIEL SUICIDAIRE ÉLEVÉ

Au Québec, le suicide est devenu au cours des quatre dernières décennies un grave problème de santé publique. La période 1999-2001 présente le plus haut taux jamais atteint, avec 19,1 décès par 100 000 personnes. La surmortalité masculine s'est également accrue. En effet, pour la même période, le taux de mortalité des hommes est de 300 % par rapport à celui des femmes, et la hausse des taux québécois est essentiellement attribuable à la population masculine. Cette progression des suicides masculins est présente dans tous les groupes d'âge, mais plus marquée chez les hommes de 15 à 19 ans et chez ceux de 30 à 49 ans. Si les taux chez les groupes plus jeunes continuent d'augmenter, les taux les plus élevés sont observés chez les hommes adultes; les hommes de 30 à 49 ans comptent la moitié des suicides. Chez les femmes, malgré des fluctuations au cours des mêmes périodes, il n'y a pas de réelle augmentation, sauf chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans²⁷. Les communautés autochtones sont également très touchées par le problème. Elles présentent des taux plus élevés que la moyenne québécoise, particulièrement chez les jeunes. Le Bureau du coronier²⁸ indique que le taux général semble cependant se stabiliser depuis l'année 2000.

De nombreuses études démontrent l'association étroite entre les troubles mentaux et le suicide. Par ailleurs, les données disponibles au Québec sur l'utilisation des services²⁹ indiquent que nous ne répondons pas adéquatement aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ces personnes sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide. Chez les jeunes, elles constituent une part importante des usagers des centres jeunesse³⁰⁻³¹. Pour ces raisons, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* retient pour le moment des actions cibles intégrées au réseau de la santé mentale. Par ailleurs, au terme de l'application de ce plan, le MSSS révisera l'ensemble des mesures pour actualiser la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*.

Les services requis

La gamme de services décrite dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, publiée en 1998, recueille toujours l'appui général des partenaires visés. Les services qui y sont proposés demeurent pertinents et doivent être offerts aux personnes de tout âge qui en ont besoin. Ces services sont :

27. D. ST-LAURENT et C. BOUCHARD, *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente*, Québec, Institut national de santé publique, 2004, p. 3.

28. BUREAU DU CORONER, *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, Québec, Bureau, 2004, p. 51.

29. A. LESAGE et autres, « Suicide and mental disorders : a case-control mental study of young men », dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, 1994, p. 1063-1068.

30. J. RENAUD et F. CHAGNON, *Étude des suicides chez les jeunes qui ont reçu des services des centres jeunesse au Québec, volet prévalence des suicides et caractéristiques associées*, s.l., 2003, p. 19 (rapport de recherche non publié).

31. J. PRONOVOST, « Les adolescents desservis par les centres jeunesse : analyse des rapports relatant des tentatives et des décès par suicide », dans *L'Enjeu spécial : regards de chercheurs sur les jeunes agissants*, vol. 8, n° 5 p. 28.

- l'intervention téléphonique 24 heures/7 jours ;
- l'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance) ;
- l'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté ;
- les services de postvention et les services pour les endeuillés ;
- la diffusion d'information et le soutien offert aux proches.

Les actions prioritaires

Un large consensus d'experts³² signale qu'aucune action, aussi efficace soit-elle, ne peut à elle seule résoudre un problème dont l'ampleur et la complexité exigent une intervention globale, intense et durable, fondée sur l'engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs dans l'organisation des services, que ce soit dans le secteur de la santé publique ou dans les autres secteurs travaillant en étroite collaboration avec le réseau de la santé.

Depuis 1996, le suicide est une priorité de santé publique au Québec. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* propose des mesures de prévention pour l'ensemble des personnes (jeunes, adultes, personnes âgées). Parmi ces mesures, on compte le contrôle de l'accessibilité des moyens pour attenter à ses jours, les réseaux de sentinelles, les actions destinées à contrer la tolérance sociale à l'égard du suicide et les activités de prévention en santé mentale.

La stratégie du MSSS consiste à miser sur la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*³³, en accordant priorité aux mesures touchant les groupes à l'intérieur desquels le nombre de décès est le plus élevé. Les actions retenues ciblent donc l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité. D'autre part, des mesures précises seront prises dans les salles d'urgence, sur la foi des données relatives à l'utilisation des services d'urgence par les personnes suicidaires.

Bien que les nombreuses mesures préconisées dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* soient pertinentes, leur réalisation exige que l'on donne priorité à certaines d'entre elles, ce qui implique que les efforts soient concentrés en intensité et en durée, sur quelques objectifs à la fois. Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* répond à cette nécessité. En s'appuyant sur les taux de suicide et sur les données relatives à l'utilisation des services par les personnes suicidaires, le plan d'action cible prioritairement l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité et des personnes à potentiel suicidaire élevé.

Le taux de suicide dans la plupart des nations autochtones, tant du nord que du sud, est de loin supérieur au taux québécois et touche plus souvent des jeunes. Le MSSS travaillera de concert avec les instances régionales et nationales autochtones pour définir des stratégies d'action adaptées à la réalité complexe de chaque communauté. Une attention particulière

32. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Prevention of Suicide : Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996, 29 p.

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 39.

devrait être portée aux liens à établir entre les communautés autochtones et les services offerts dans le réseau québécois de la santé mentale. La liaison facilitera l'adaptation des services et leur continuité.

D'autres actions prévues dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* contribueront également à la prévention du suicide. Bien qu'elles s'adressent à une population large et diversifiée, ces actions doivent répondre également et adéquatement aux besoins des personnes à risque suicidaire. À titre d'exemple, les services de crise, les services de première ligne en santé mentale et le soutien d'intensité variable constituent des composantes essentielles pour mieux répondre aux besoins des personnes suicidaires.

Le soutien offert aux personnes en difficulté ou en situation de crise (psychosociale), et particulièrement aux hommes adultes

La population masculine doit faire l'objet d'une attention particulière. Des stratégies doivent être adaptées pour rejoindre plus précocement les hommes présentant des risques suicidaires et pour adapter les services à leurs réalités et à leurs besoins dans une perspective de changement à long terme.

Intervention préventive

OBJECTIF : Rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux		
MESURES		Cibles
Nationales et régionales	Locales	
En collaboration avec les ASSS, le MSSS sélectionnera et soutiendra la mise en œuvre de projets pilotes visant la mise en place et l'évaluation d'interventions destinées à rejoindre (<i>reaching out</i>) les hommes adultes en situation de vulnérabilité et à intervenir efficacement auprès d'eux.	À partir de 2005-2006, les CSSS, en collaboration avec les organismes communautaires, mettront en place des interventions en vue d'apporter un soutien individuel ou de groupe aux personnes en difficulté ou en situation de crise, en priorité aux hommes et aux jeunes de 15 à 25 ans.	Sur le plan régional : <ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2007, créer des projets pilotes dans 60 % des régions.



Avant ma tentative de suicide, même si j'allais 2 à 3 fois par semaine à la clinique psychiatrique, jamais on ne m'avait parlé de l'organisme communautaire en santé mentale, situé à quelques minutes sur la même rue que la clinique.

Trois mois après ma sortie de l'hôpital, j'allais de nouveau passer à l'acte, sans me rater cette fois. Puis je me suis souvenu d'un travailleur social du CLSC, qui nous avait soutenus moi et mon épouse quand sa mère souffrait d'Alzheimer. Je suis allé le voir; en plus de me remonter le moral, il m'a aiguillonné sur cet organisme d'entraide, ça m'a sauvé la vie. (...)

*Marco, 63 ans**

* *Paroles et parcours d'un pouvoir fou. Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, mai 2004, p. 23.*

L'intervention auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé

Les données sur l'utilisation des services démontrent que nous ne répondons pas adéquatement aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé. Une étude portant sur 425 cas de décès par suicide indique que plus de 80 % des personnes présentant un diagnostic psychiatrique avaient consulté au moins une ressource dans les douze mois précédant leur suicide³⁴.

34. D. ST-LAURENT et S. TENNINA, *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 26.

Intervention en cas de crise suicidaire

OBJECTIF : Assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>En 2005-2006, le MSSS, avec l'aide d'experts, déterminera quels sont les pratiques et outils les plus efficaces pour l'évaluation du potentiel suicidaire dans les différents milieux d'intervention.</p> <p>En 2005-2006, le MSSS évaluera les besoins de formation des intervenants de 1^{re} ligne, incluant les médecins, sur l'évaluation et le suivi des personnes à risque élevé de suicide.</p>	<p>À partir de 2005-2006, les ASSS verront à l'implantation dans leur territoire d'outils efficaces pour l'évaluation et la transmission d'information.</p> <p>Les ASSS soutiendront la mise en réseau au niveau local.</p> <p>Les ASSS s'assureront que l'on puisse avoir accès, sur leur territoire, à une expertise en matière de soutien clinique psychosocial et médical et que l'on puisse y obtenir une formation adéquate.</p>	<p>En 2005-2006, les CSSS et leurs partenaires s'assureront que les personnes à potentiel suicidaire élevé puissent avoir accès à un suivi étroit (médical, psychosocial et dans la communauté) et de durée suffisante.</p> <p>Les CSSS implanteront des mécanismes de liaison et de transmission d'information entre les ressources et les services, incluant les services de 1^{re} ligne, les médecins et les services spécialisés.</p>	<p>Sur le plan local :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2006, implanter des mécanismes de liaison dans tous les réseaux locaux. • D'ici 2007, offrir un programme de suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les réseaux locaux.

Les personnes qui font des tentatives de suicide

Il est généralement reconnu, parmi les spécialistes qui travaillent en prévention du suicide, que les personnes qui vivent une crise liée à l'orientation sexuelle sont plus sujettes de commettre des tentatives de suicide. Les cliniciens seront invités à porter une attention particulière à ces personnes.

LES PERSONNES PRÉSENTANT PLUSIEURS PROBLÈMES

Certaines personnes reçoivent des services en santé mentale et ont besoin d'autres types de services car elles présentent, par exemple, une comorbidité liée à une déficience physique, intellectuelle ou à une dépendance (toxicomanie, alcoolisme et jeu pathologique) pour lesquels des interventions conjointes sont nécessaires.

Environ les 2/3 des individus qui présentent un trouble mental qualifié de grave ont aussi une toxicomanie. L'interface de l'un et l'autre problème met souvent en péril la fidélité au traitement ainsi que ses résultats. Les cliniciens rencontrent tous les jours des personnes ayant des troubles mentaux qui sont toxicomanes. Ils témoignent de leur difficulté à aider chacun de ces individus. Des expériences de travail conjoint entre le secteur de la toxicomanie et celui de la santé mentale ont déjà donné des résultats très positifs. Elles devront être reprises et diffusées.

Diverses études démontrent une prévalence particulièrement élevée de troubles mentaux (15 à 35 %) chez les personnes présentant une déficience intellectuelle³⁵⁻³⁶. De plus, la démarche diagnostique du trouble mental auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle est complexe, il se produit un effet qualifié de « masquage » qui se reflète par une forte tendance d'une grande majorité de cliniciens à attribuer la plupart des symptômes psychiatriques à la déficience intellectuelle plutôt qu'à un trouble mental.

Des plans d'action orientent de façon précise l'intervention auprès de ces personnes. Lorsque la présence d'un double problème (comorbidité) interfère dans les services et le soutien à offrir, la collaboration entre les intervenants de l'un et l'autre secteur est essentielle et doit s'effectuer le plus précocement possible. Dans le cadre du présent plan d'action, les CSSS sont invités à convenir, dans leur projet clinique, du type de collaboration qu'il faudra établir pour les personnes présentant une comorbidité liée à la toxicomanie et à un trouble mental, et pour celles qui ont une déficience intellectuelle et un trouble mental.

35. S. REISS, *Handbook of Challenging Behaviours: Mental Health Aspects of Mental Retardation*, Worthington (Ohio), IDS Publishing Company, 1994.

36. M.J. TASSÉ et D. MORIN, *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaétan Morin Ed., 2003.

Personnes présentant un diagnostic de comorbidité

OBJECTIF : Établir une collaboration entre les divers programmes visés			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
Le MSSS favorisera la diffusion d'information sur les expériences de travail conjoint réussies entre le réseau de la santé mentale et celui de la toxicomanie, puis entre le réseau de la santé mentale et celui de la déficience intellectuelle.	Afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation en toxicomanie, en déficience intellectuelle et l'ensemble des CSSS d'une région, les agences régionales soutiendront la réalisation d'ententes de travail conjoint.	Dans l'élaboration de leur projet clinique, les CSSS conviendront du type de collaboration à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle.	

PARTIE IX

Organiser un réseau de services en santé mentale

Pour offrir une combinaison appropriée de services en évitant les lacunes et les répétitions, le rôle de chaque élément du système doit être clairement défini. Le type de services nécessaires, de même que le cheminement des patients de l'un à l'autre niveau de services, doivent aussi être clarifiés. La présente partie a pour objectif de préciser et d'illustrer ces paramètres de l'organisation des services. Pour ce faire, la définition du projet clinique proposé ainsi que les enjeux qu'il soulève seront d'abord présentés. Le projet clinique pouvant être défini comme l'actualisation du modèle d'organisation des services sur les territoires locaux, il sert en quelque sorte d'assise à ce plan.

LE PROJET CLINIQUE

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux adoptée en décembre 2003 vise deux grands objectifs : améliorer la santé et le bien-être de la population et mettre en place des services mieux intégrés. Dans l'optique de la responsabilité populationnelle que lui confère la loi, le CSSS assume le leadership dans le réseau local et doit, de concert avec ses partenaires sectoriels et intersectoriels, organiser l'ensemble des services de santé et des services sociaux en fonction des particularités de son territoire et des besoins de sa population.

La définition

Le projet clinique est la démarche qui permettra au CSSS de chaque territoire d'harmoniser le volet organisationnel de la transformation projetée, à savoir sa mise en place sur le plan administratif, et le volet clinique, c'est-à-dire l'implantation de chacun des neuf programmes de services, dont le programme de santé mentale. Quel que soit le programme, le projet clinique doit toucher tous les groupes concernés et viser trois objectifs : l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

Le volet santé mentale du projet clinique comporte principalement trois axes :

- la vision locale, établie en fonction des besoins de la population du territoire ;
- l'amélioration de la santé de la population (les enjeux locaux) ;
- l'adaptation des modes d'organisation et de la contribution des partenaires aux réalités et à la dynamique territoriales.

L'organisation et l'implantation du volet relatif à la santé mentale dans le projet clinique d'un CSSS

Dans l'élaboration de leur projet clinique pour chacun des programmes de services, les CSSS doivent franchir plusieurs étapes, dont les principales sont :

- définir les besoins, faire l'inventaire des ressources et des services disponibles et déterminer les écarts ;
- analyser les modèles cliniques et les types de collaboration existants et préciser les mesures à mettre en place afin de réduire les écarts ;

- préciser leurs rôles et leurs responsabilités, de même que ceux de leurs partenaires sectoriels et intersectoriels.

Dans chacun des réseaux locaux, il s'agit d'implanter les services nécessaires en vue de répondre aux besoins de tous les groupes visés en matière de santé mentale, quel que soit l'âge des personnes appartenant à ces groupes :

- population en général ;
- personnes affectées par un trouble mental ;
- personnes à potentiel suicidaire élevé.

Le plan d'action en santé mentale

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* s'inscrit dans la même logique que le volet santé mentale du projet clinique : dans la perspective de mieux répondre aux besoins des différents groupes éprouvant des besoins en matière de santé mentale, le plan d'action détermine quels sont les niveaux de services qui requièrent des améliorations sur le plan national, afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à chacun de ces groupes. Il établit en conséquence des priorités d'action à l'intérieur du continuum de services qui devra être mis en place.

Pour chacun des groupes, le plan d'action propose des mesures pertinentes et identifie les acteurs responsables de leur mise en œuvre. Certaines mesures ont une portée nationale et relèvent du MSSS et de ses partenaires nationaux, alors que d'autres, à caractère régional, concernent les agences. Toutefois, bon nombre des priorités retenues dans le plan d'action sont de la responsabilité des CSSS et devront être adaptées localement dans le processus de mise en place du volet santé mentale des projets cliniques.

Les priorités retenues dans le plan d'action se traduisent de façon particulière sur le plan opérationnel, dans chaque territoire local, et devront être ajustées aux besoins de la population locale en matière de santé mentale, tout en prenant en considération les acquis de services du réseau local. L'objectif poursuivi demeure toujours de combler les écarts entre les besoins et la situation prévalant dans le territoire local, en tenant compte des orientations générales établies dans le plan d'action. Pour ce faire, les orientations devront être modulées en fonction de l'analyse concrète du continuum de services local réalisée au moment de la mise en place du volet santé mentale du projet clinique.

Les enjeux

Les principaux enjeux soulevés par l'intégration des actions prioritaires du Plan d'action en santé mentale au volet santé mentale du projet clinique sont le reflet des enjeux globaux de la transformation du réseau. Ces enjeux sont les suivants :

- Définir, en rapport avec les priorités du plan d'action, les services existants dans le continuum de services du territoire, relever leurs lacunes et analyser les écarts à combler en vue de répondre aux priorités retenues.
- Choisir les modèles et les approches (prévues dans les orientations générales des projets cliniques) les plus adéquats, compte tenu de la situation territoriale.
- Définir les besoins particuliers de la population locale.
- Prévoir des mesures pour mettre en œuvre la hiérarchisation des services de santé mentale, incluant les ententes locales et les ententes régionales et suprarégionales avec les différents partenaires visés. En santé mentale, le tournant majeur est le renforcement des services de première ligne afin qu'ils puissent répondre aux différents besoins de l'ensemble de la population. Les services de deuxième ligne, quant à eux, doivent être réservés au traitement des problèmes graves qui exigent une expertise plus poussée.
- Établir des mesures d'intégration à la vie en société, incluant des actions intersectorielles pour le logement, le travail et les études.

LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS DES ACTEURS

Le rôle et les responsabilités des principaux acteurs impliqués dans la dispensation des services de santé mentale sont décrits dans la présente section.

Les personnes utilisatrices de services

Les personnes qui reçoivent des services sont les premières concernées par l'organisation des services de santé mentale. Elles sont des partenaires de premier niveau et leur engagement doit être recherché et soutenu. Les partenaires du domaine de la santé mentale sont appelés à favoriser la participation des personnes utilisatrices de services au regard du mandat qu'ils assument, tout en offrant des conditions d'exercice adaptées aux capacités de ces dernières³⁷.

Les familles et les proches

Pour un grand nombre de personnes ayant un trouble mental, la famille représente la principale source de soutien et constitue le milieu de vie au sein duquel elles évoluent. La situation des proches aidants demeure cependant fragile et l'aide qu'ils apportent à leur entourage les conduit parfois à l'épuisement. Les proches ont à l'occasion besoin d'obtenir des services de santé et de se dégager de leur rôle d'aidant. Les intervenants du réseau doivent être attentifs à conseiller les proches pour qu'ils n'hésitent pas à chercher du soutien lorsqu'ils en ont besoin.

37. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000, Accentuer la transformation des services en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 38.

Par ailleurs, de façon générale, les familles demandent un rapprochement avec les équipes traitantes. Elles veulent être reconnues, à juste titre, comme partenaires. Comme c'est le cas pour les utilisateurs de services, leur participation aux mécanismes de concertation qui sous-tendent les prises de décision en matière d'organisation des services doit être favorisée³⁸.

Les organismes communautaires

Tant en ce qui concerne la défense des droits en santé mentale que l'intégration au travail (crise, intervention auprès des personnes à risque suicidaire, hébergement ou suivi communautaire, pour ne nommer que ceux-là), les organismes communautaires ont développé une expertise et un leadership qui doivent être reconnus, mis à profit et soutenus de façon adéquate. Le MSSS souhaite qu'au cours des prochaines années, dans chacune des régions du Québec, la portion des sommes allouées aux organismes communautaires atteigne au moins 10 % de l'enveloppe des dépenses de santé mentale.

Dans le respect de leur autonomie, les organismes communautaires sont invités à s'associer à l'atteinte des objectifs du présent plan d'action. Des modalités devront donc être établies afin de faciliter leur collaboration avec les CSSS. Ces modalités pourront parfois prendre la forme d'ententes de services telles qu'elles sont définies dans la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire.

Les psychologues en cabinet privé

Les psychologues travaillant en cabinet privé jouent un rôle important dans le traitement des troubles modérés. Ils sont souvent confrontés à des clients avec des problèmes pour lesquels l'accès à des services interdisciplinaires serait utile.

Les médecins généralistes et les pédiatres en cabinet privé

Les médecins de première ligne travaillant en cabinet privé sont des acteurs centraux dans le traitement des troubles mentaux modérés et des troubles graves stabilisés. Parmi les patients qu'il reçoit au cours d'une journée typique de cabinet, un généraliste rencontre près de 40 % de personnes souffrant de troubles mentaux, souvent camouflés par des plaintes somatiques réelles.

L'accès rapide à une expertise interdisciplinaire solide dans un CSSS permettra à ces médecins de mieux jouer leur rôle.

38. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000, Accentuer la transformation des services en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, p. 39.

Les groupes de médecine de famille (GMF)

L'objectif du MSSS est de déployer 300 GMF à travers le Québec. Leur mission est d'offrir aux patients de tout âge des services de médecine de famille, comprenant l'évaluation de l'état de santé, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé aigus et chroniques, ainsi que la prise en charge et le suivi appropriés à la condition de la santé de la personne. Les soins de première ligne en santé mentale font également partie de leurs services. De plus, les personnes présentant des problèmes de santé complexes et chroniques et recevant des soins de première ligne dans un GMF seront, lorsque cela est nécessaire :

- orientées pour un suivi conjoint vers les programmes du CSSS ;
- prises en charge au moment de leur retour à domicile, à la suite d'une hospitalisation ou d'un séjour à l'urgence, pour que soit assurés le suivi et la coordination des soins dont elles ont besoin, avec la collaboration d'autres professionnels de la santé et des équipes du CSSS³⁹.

Les centres de santé et de services sociaux

La Loi sur les agences de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux confie aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) la responsabilité de la santé de la population d'un territoire. Par conséquent, ceux-ci doivent définir et faire connaître leur projet organisationnel et clinique local. Ils doivent aussi convier les acteurs du réseau sociosanitaire et les autres ressources à la définition et à la réalisation de ce projet clinique. À l'intérieur de ce projet, les CSSS doivent garantir à leur population l'accès aux services offerts localement et conclure les ententes nécessaires pour lui assurer l'accès aux services régionaux dont elle a besoin.

Les centres hospitaliers offrant des services spécialisés de psychiatrie

A) Les centres hospitaliers de services généraux et spécialisés dans les CSSS

Parmi les 95 CSSS existants, environ 60 incluent un CHSGS avec département de psychiatrie. Ces départements font partie du projet organisationnel et clinique du CSSS et sont conjointement responsables, avec les autres composantes du CSSS, de la santé de la population du territoire. Ils offrent à la population de ce territoire les services spécialisés de deuxième ligne en psychiatrie et en pédopsychiatrie.

39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 30.

B) Les centres hospitaliers universitaires et les centres affiliés universitaires

Les CHU et les CAU ne font pas nécessairement partie des CSSS, mais doivent offrir des services à la population des territoires locaux. Les CSSS et les centres hospitaliers ne faisant pas partie des CSSS doivent conclure des ententes pour s'assurer que toutes les populations locales reçoivent les services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie dont elles ont besoin.

Certains de ces établissements, désignés par les RUIS, sont responsables d'offrir les services surspécialisés mentionnés précédemment.

C) Les centres hospitaliers psychiatriques

Le Québec compte sur les services de cinq centres hospitaliers psychiatriques généraux : les centres hospitaliers Robert Giffard, Douglas, LH Lafontaine, Rivière-des-Prairies et Pierre Janet, et d'un centre hospitalier psychiatrique à vocation spécifique et l'Institut Philippe Pinel.

Ces centres ne font pas partie de CSSS. Tout comme les CHU et CAU, les centres hospitaliers psychiatriques généraux sont invités à ratifier des ententes, pour s'assurer que toutes les populations locales reçoivent les services spécialisés qu'elles requièrent. Plusieurs de ces établissements pourront aussi être désignés par leur RUIS, pour offrir des services surspécialisés. L'Institut Philippe Pinel détient pour sa part une responsabilité nationale en matière de psychiatrie légale et verra à convenir de mécanismes pour permettre l'accès à son expertise de troisième et de quatrième ligne dans tous les territoires québécois lorsque requise.

Les centres hospitaliers psychiatriques généraux ont développé au cours des années une richesse d'expertise, d'expérience et de ressources qui devrait être mise à profit pour la réussite de ce plan d'action. Les responsabilités qui leur sont confiées concernent des services spécialisés et surspécialisés, de même que l'offre de services d'urgence. Dans la plupart des cas, ils détiennent toutefois une solide expertise en matière de services dans la communauté, de réadaptation et d'activités d'intégration à la vie en société. Au cours des trois prochaines années, ces services dans la communauté devront graduellement être associés aux CSSS et à leurs partenaires, en tenant compte de leur capacité de les gérer et en maintenant le niveau de services offerts. Le partenariat entre les CSSS et les CH psychiatriques est nécessaire pour garantir cette évolution. Le MSSS s'attend à ce que les CHPSY généraux transfèrent de 15 à 25 % de leurs ressources financières ou humaines vers les services de première ligne en trois phases dans les cinq prochaines années. Les ASSS concernées devront accompagner ce processus en cohérence avec leur planification stratégique.

Les instituts universitaires en santé mentale

À titre de centre d'excellence reconnu sur le plan national, un institut universitaire en santé mentale doit être en mesure de soutenir le développement des pratiques les plus efficaces prévues dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Le travail de cet institut se fera en interdisciplinarité, de manière à permettre une collaboration favorisant le rayonnement dans l'ensemble du champ de la santé mentale.

Dans le contexte du présent plan d'action, un institut aura comme rôle déterminant d'innover dans le développement des pratiques de soins partagés, de contribuer au meilleur arrimage possible des soins spécialisés et des services de santé mentale offerts dans les services de première ligne, et de soutenir la mise en place de mesures d'intégration sociale.

Les services innovateurs, les changements qui en découleront dans les pratiques professionnelles et l'intensification de l'interdisciplinarité orienteront l'enseignement universitaire, ainsi que le choix des types de stage et des milieux où ceux-ci seront effectués.

Le nombre de chercheurs et de cliniciens de haut niveau d'expertise caractérisant ce type d'organisation favorisera le développement et le transfert des connaissances à travers les activités de formation, d'enseignement et de recherche.

Les partenaires intersectoriels

La participation de plusieurs acteurs sociaux à l'intérieur de réseaux intégrés de services locaux reflète la nature multidimensionnelle des problèmes de santé mentale. Elle est nécessaire pour assurer une réponse complète aux besoins des personnes qui résident dans la communauté.

Les milieux municipaux, les partenaires du secteur de l'habitation, les milieux scolaires, les milieux de garde, les services policiers, les organismes de loisirs sont des partenaires avec lesquels le réseau de la santé devra accentuer sa collaboration.

LES FONCTIONS D'AGENT DE LIAISON ET D'INTERVENANT PIVOT

Les actions prioritaires décrites dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* entraîneront de nombreux changements dans les rôles et responsabilités des acteurs visés ainsi que dans les pratiques professionnelles. Parmi un ensemble de fonctions qui seront ajustées pour mieux arrimer les services aux besoins des personnes et de leurs proches, deux fonctions sont sous-jacentes à un ensemble de services. Elles ont un caractère particulièrement important et sont décrites ici.

L'agent de liaison

La fonction d'agent de liaison est de première importance en santé mentale et est essentielle, particulièrement pour le fonctionnement harmonieux et efficace des services d'intervention en situation de crise. Prenons, à titre d'exemple, les liens existant entre l'unité d'urgence, les services hospitaliers (incluant les unités de soins) et les services dans la communauté (CSSS volet centre local de services communautaires (CLSC), OC, GMF, pédiatres, médecins de famille, centres de jour, centres de traitement, centres de réadaptation), qui sont souvent insatisfaisants et incomplets. Il importe qu'un ou plusieurs professionnels se partagent la responsabilité d'assurer des liens entre ces différents services pour que les personnes ayant traversé un épisode de crise ne se retrouvent pas sans services, si elles en ont besoin.

L'agent de liaison est appelé à assumer trois fonctions complémentaires : celle de créer un lien avec la personne concernée et son entourage, celle d'épauler l'ensemble du personnel travaillant auprès de la personne, celle de créer des ponts entre les ressources du milieu.

L'intervenant pivot

Des activités de soutien et d'accompagnement peuvent être nécessaires pour permettre aux personnes aux prises avec les conséquences d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire élevé de se réapproprier le contrôle de leur vie. Ces activités s'inscrivent dans des services de soutien d'intensité variable, de soutien « postcrise » suicidaire ou de soutien à la vie dans des logements où la personne sera autonome.

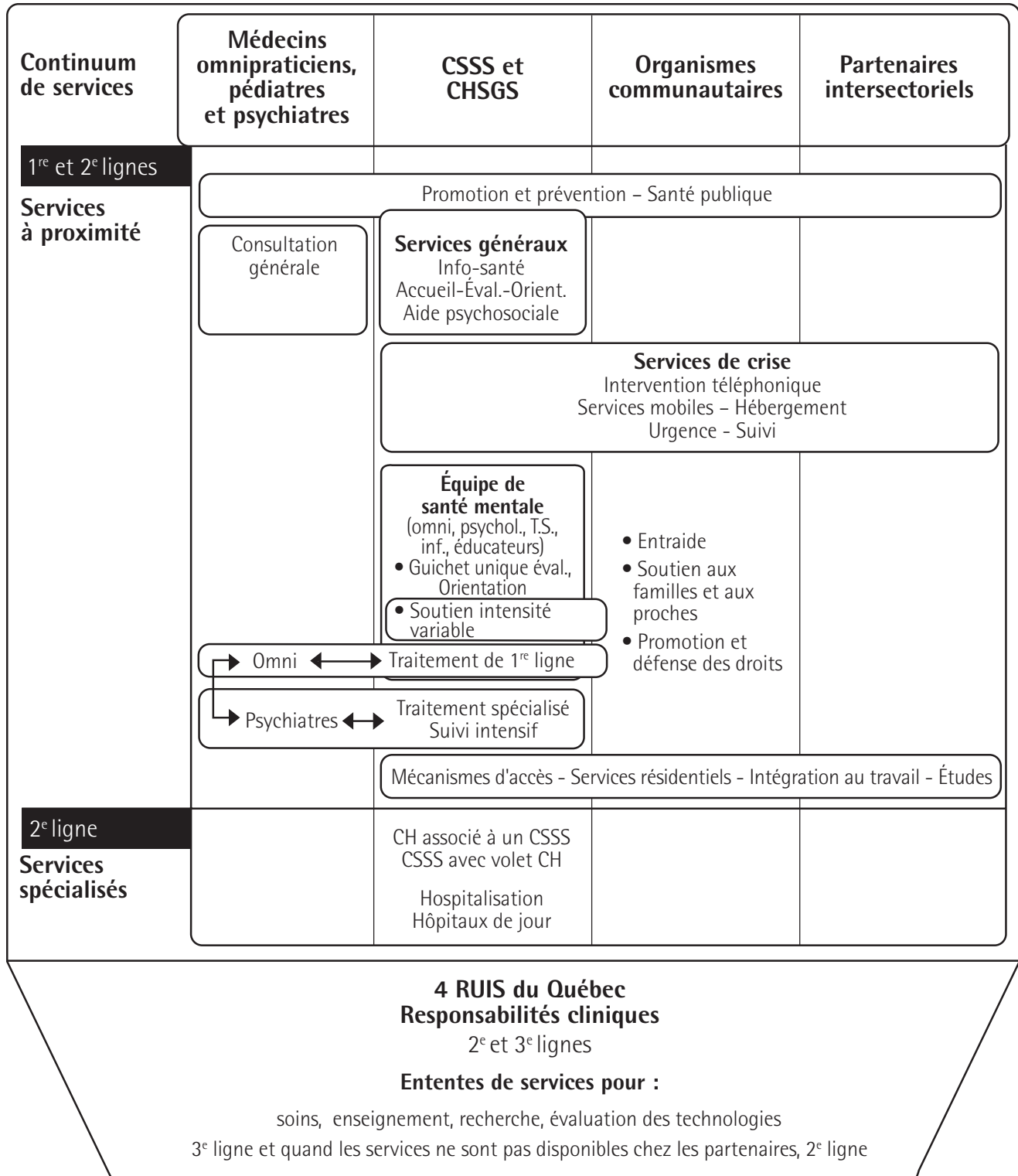
L'intervenant pivot (*case manager*) est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, et il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir. Compte tenu du nombre important de fournisseurs de services associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité.

LE CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Les réalités territoriales, ainsi que l'expérience et l'expertise disponibles, peuvent faire en sorte que le continuum de services en santé mentale se présente de façons différentes d'un territoire local à l'autre. Ces adaptations locales sont nécessaires pour permettre un bon ajustement des services aux besoins de la population. Par ailleurs, l'existence d'un continuum de services de base (ce que nous avons appelé les « services requis ») est incontournable.

Figure 4

Continuum de services en santé mentale dans le réseau local de la santé et des services sociaux



LES CONDITIONS DE SUCCÈS DE L'ORGANISATION DES SERVICES

Pour atteindre les résultats visés par le présent plan d'action, les ASSS et les CSSS doivent organiser des services de première ligne en santé mentale efficaces et assurant un lien fluide avec une organisation tout aussi efficace de deuxième ligne. Pour optimiser l'efficacité de ces deux niveaux de services, certaines conditions de succès doivent être garanties.

Les équipes de santé mentale

Objectifs visés :

- Implanter deux équipes de première ligne sur le territoire du réseau local, l'une pour les adultes et l'autre pour les enfants et les jeunes.
- Établir un partenariat et offrir des soins en collaboration avec les fournisseurs de services du territoire local.
- Créer des liens entre l'équipe de santé mentale et une équipe de deuxième ligne offrant des services au sein du réseau local.
- Assurer la présence d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées et diversifiées (services interdisciplinaires) incluant des omnipraticiens ou des pédiatres, pour la première ligne, et des psychiatres, pour la deuxième ligne.
- Mettre en place une fonction de répondant (consultation et soutien) qui sera assumée par un psychiatre ou un pédopsychiatre auprès de l'équipe de première ligne.
- Assurer l'accès au soutien clinique et l'encadrement à tous les niveaux.

L'effectif médical

- Planifier l'organisation sur le plan national et régional (PEM, PREM), de l'effectif médical, incluant les psychiatres et les omnipraticiens, en vue de répondre de façon cohérente aux objectifs du plan d'action pour l'ensemble de la population.

Les soins partagés

- Mettre en plan des pratiques axées sur les soins partagés, tant sur le plan médical qu'interdisciplinaire, et ce, à tous les niveaux de services.

Les mesures d'intégration sociale

- Offrir des services de réadaptation pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves.
- Donner accès à des services résidentiels variés.
- Mettre en place des mesures d'intégration au travail et aux études.

Les ententes de service

- Définir clairement les rôles, les responsabilités et les liens entre la première, la deuxième, la troisième ligne, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels à l'intérieur d'ententes conclues entre les acteurs du réseau local et, au besoin, leurs collaborateurs régionaux et suprarégionaux.

PARTIE X

Soutenir le changement

Un changement tel que celui proposé dans le présent plan d'action doit s'accompagner de mesures de nature à soutenir l'implantation des nouvelles pratiques. Des activités de mobilisation, de soutien, de formation continue et de recherche sont prévues pour soutenir le changement préconisé.

LA FORMATION

Le MSSS estime essentiel d'assurer la formation continue des intervenants du réseau de la santé, en accord avec les actions prioritaires prévues dans le plan d'action. Le partenariat interdisciplinaire étant une condition de réussite du plan d'action, les programmes de formation conjointe entre différents professionnels doivent être privilégiés.

Les domaines suivants correspondent aux priorités d'action retenues et doivent guider la structuration de la formation continue en santé mentale au cours des cinq prochaines années :

- l'intervention en situation de crise, y compris l'intervention en situation de crise suicidaire, et l'évaluation ;
- le traitement des troubles mentaux dans les services de première ligne : collaboration avec les divers ordres professionnels concernés (première ligne), à la préparation de sessions de formation sur l'évaluation et le traitement de différents troubles mentaux ;
- le suivi et le traitement des personnes suicidaires, incluant l'évaluation et des approches cliniques efficaces ;
- inclure dans le PNFJ une formation sur l'évaluation et le traitement des troubles mentaux pour l'ensemble des fournisseurs de soins aux enfants et aux jeunes, qui porterait entre autres sur :
 - les modèles d'intervention se basant sur les approches associées au milieu (considération du milieu de vie, tel que la famille, l'école, etc.)
 - les problèmes complexes tels que ceux rencontrés chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse
- le suivi intensif et le soutien d'intensité variable :
 - le soutien dans la communauté : perspectives, approches et méthodes.
- le soutien aux personnes utilisant des services en santé mentale :
 - diffusion de l'information et des outils nécessaires aux personnes utilisant des services en santé mentale pour favoriser leur participation à l'implantation du plan d'action.

Formation continue

OBJECTIF : Établir une priorité dans les domaines visés par la formation continue			
MESURES			Cibles
Nationales	Régionales	Locales	
<p>Au cours des deux premières années de ce plan, le MSSS soutiendra la formation sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le suicide • les services en 1^{re} ligne • les traitements des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes <p>Au cours des cinq années de ce plan, tous les domaines de formations devraient être couverts.</p>			

LA RECHERCHE

La recherche, plus particulièrement la recherche évaluative et le transfert des connaissances issues de la recherche, sont des éléments nécessaires à la réussite du plan d'action.

Il y a déjà, au Québec, un bon nombre de personnes engagées dans le secteur de la recherche en santé mentale. Les deux principaux bailleurs de fonds sont les instituts de recherche en santé du Canada et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Ce dernier administre un fonds conjoint FRSQ-MSSS spécialement consacré à la santé mentale. Le MSSS renouvellera le budget de ce fonds pour financer des projets d'analyse et d'évaluation des interventions en santé mentale. Ce fonds conjoint sera également utilisé pour soutenir des initiatives, dans le domaine de la recherche, de nature à favoriser la mise en œuvre du plan d'action.

Les différentes directions du MSSS ayant des responsabilités en matière de recherche seront également interpellées pour participer à la réalisation de projets jugés prioritaires et visant à soutenir directement l'implantation du plan d'action (Direction de la recherche, Direction des études et des analyses). L'Institut national de santé publique sera également sollicité en vue d'apporter sa contribution à certains travaux de recherche, conformément au mandat qui lui est conféré par la Loi sur la santé publique du Québec.

Enfin, dès 2005, le MSSS entend mettre en place une mesure en vue de soutenir le développement de la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs engagés en santé mentale. Cette mesure s'inspirera d'expériences réalisées ailleurs au Canada (MHECCU, HSRU, FCRSS)⁴⁰ et mènera à des collaborations dynamiques et fructueuses, entre autres sur le plan du transfert des connaissances.

Les projets de recherche qui seront privilégiés devront favoriser l'atteinte des cibles, des objectifs et des résultats du plan d'action ministériel, tout en contribuant à l'avancement des connaissances sur l'organisation des services, l'un des principaux déterminants de la santé. Plus particulièrement, le MSSS favorisera la recherche portant sur les thèmes suivants :

- les indicateurs de besoins et de services ;
- la constitution d'une banque de données permanente sur le suicide ;
- les modèles de soins partagés ;
- le soutien dans la communauté ;
- les pratiques les plus efficaces en santé mentale et en prévention du suicide ;
- l'efficacité d'un guichet d'accès aux services hiérarchisés comme stratégie d'organisation des services.

LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION

Le MSSS entend prendre les moyens concrets que voici pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action :

- Afin de soutenir la réalisation des projets cliniques, l'équipe de la Direction de la santé mentale du MSSS organisera, au printemps 2005, des rencontres d'information et de formation sur le contenu du plan d'action auprès des équipes des CSSS et des autres partenaires offrant des services dans le domaine de la santé mentale.
- Au cours de l'été 2005, la Direction de la santé mentale mettra sur pied un comité stratégique composé de gestionnaires mandatés pour concrétiser le plan d'action. Des représentants de quelques CSSS, d'agences régionales et d'établissements régionaux seront invités à se joindre à ce comité.
- À compter de l'automne 2005, la Direction de la santé mentale du MSSS organisera deux rencontres annuelles avec les utilisateurs de services, leurs proches et les partenaires nationaux du réseau de la santé en vue d'échanger et de faire le point sur l'atteinte d'objectifs précis du plan d'action.
- À compter de l'automne 2005, on procèdera au suivi d'indicateurs basés sur la collecte d'information OASIS local. Les données obtenues serviront à décrire la réalité du réseau de services et à définir les améliorations qu'il faut apporter en priorité à ce réseau.

40. MHECCU : Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit; HSRU : Health Systems Research Unit; FCRSS : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

PARTIE XI

Financer les services

Dans la présente section, on trouvera un bref aperçu des dépenses actuellement consacrées à la santé mentale, ainsi qu'une description de la stratégie de financement des actions prioritaires du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

L'ÉVOLUTION ET LES CONSTATS

Les dépenses du programme de santé mentale se chiffraient en 2002-2003 à 757 121 108 \$. Cette somme exclut les dépenses pour les opérations de soutien administratif et hôtelier, de même que les dépenses effectuées pour rémunérer les médecins et couvrir le coût des médicaments.

Entre les années 2000 et 2003, la proportion des dépenses consacrées au service du programme de santé mentale est demeurée à peu près stable. Des parutions antérieures nous indiquent que la proportion des dépenses consacrées à la santé mentale par rapport aux dépenses consacrées à l'ensemble des programmes se situait aux environs de 8 %. La nouvelle configuration des programmes concerne uniquement des activités spécifiques du secteur de la santé mentale et exclut les activités relatives à la santé publique, les services généraux de santé et les dépenses de soutien, ce qui explique la proportion plus faible des dépenses liées à la santé mentale.

Tableau 1

Les dépenses associées au secteur de la santé mentale versus les dépenses consacrées à l'ensemble des programmes de santé

	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Dépenses : santé mentale	686 106 885	715 606 204	757 121 108
Dépenses : totalité des programmes	10 857 342 935	11 628 510 266	12 154 097 668
%	6,3	6,2	6,2

La proportion des dépenses en santé mentale sur l'ensemble des dépenses sociosanitaires demeure stable entre 2001-2002 et 2002-2003. Cette proportion était à la baisse entre les années 1998 et 2002. L'injection de 31 millions de dollars au cours des deux dernières années, de même que l'augmentation rapide du coût des médicaments, expliquent les résultats présentés.

Tableau 2

La proportion des dépenses consacrées au secteur de la santé mentale par rapport à l'ensemble des dépenses sociosanitaires

	2000-2001	2002-2003	et	2003-2004
Programme	715 606 204 ⁴¹	757 121 108		
Omnipraticiens	72 750 056			72 750 056
Psychiatres	155 121 372			179 341 032
Médicaments	245 568 952	316 710 985		
Total enveloppe santé mentale	1 189 046 584	1 381 539 091		
Total enveloppe sociosanitaire	17 197 912 000	19 300 660 000 ⁴²		
% sm/ss	7 %	7 %		

Source : MSSS, Direction générale du financement et de l'équipement, contour financier des programmes clientèles.

41. Les dépenses de soutien sont exclues de ce montant.

42. Le total est constitué des dépenses déclarées sur deux années financières.

Tableau 3

Per capita régionaux pondérés basés sur l'estimation des coûts de production de services 2003-2004

Régions	Coût podéré par habitant (en dollars)
Bas-Saint-Laurent	108
Saguenay-Lac-Saint-Jean	107
Québec	165
Mauricie et Centre-du-Québec	102
Estrie	87
Montréal-Centre	143
Outaouais	118
Abitibi-Témiscamingue	143
Côte-Nord	130
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	122
Chaudière-Appalaches	103
Laval	60
Lanaudière	114
Laurentides	90
Montérégie	81

La Direction des finances du MSSS ne peut établir de coût par habitant significatif pour les régions nordiques (régions 10, 17 et 18), étant donné la faible densité de population dans ces régions.

Au cours de l'année 2003, le MSSS a entrepris des travaux de révision de l'indice des besoins en santé mentale. L'application de ce nouvel indicateur à 50 % de l'enveloppe consacrée à la santé mentale a permis une estimation plus juste de l'écart entre les régions, par rapport à ce qu'il était dans les années passées. Les travaux se poursuivent afin d'allouer la totalité de l'enveloppe sur une base populationnelle.

LA STRATÉGIE DE FINANCEMENT

La stratégie de financement des services de santé mentale qui permettra de résoudre les problèmes relevés et de respecter les priorités du plan d'action s'inscrit dans une démarche générale d'amélioration de l'allocation des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La stratégie de financement du réseau de la santé et des services sociaux

Jusqu'en 2003-2004, le MSSS allouait les budgets par établissement, sur une base historique. Les crédits étaient répartis et renouvelés année après année en fonction d'une structure budgétaire par programme définie selon les catégories d'établissements. En santé mentale, ce mode de financement fut à la source d'une situation de plus en plus inéquitable en ce qui a trait à la disponibilité des ressources entre les régions centrales (Montréal et Québec) et les autres régions, comme l'indiquait le Rapport du Vérificateur général du Québec en 2003.

Depuis 2004-2005, le MSSS applique une méthode de redistribution des ressources entre les régions, afin de réduire les écarts existants.

La stratégie de financement en santé mentale

En vertu de la stratégie de financement du réseau de la santé et des services sociaux, les ASSS recevront une enveloppe globale pour leur région. Il est de leur responsabilité d'allouer aux fournisseurs de services les ressources financières requises pour atteindre la qualité de services visée.

À l'intérieur du nouveau mode de financement par enveloppe globale, deux stratégies sont possibles pour s'attaquer aux objectifs du plan d'action, à partir des sommes disponibles.

Le développement intrarégional en santé mentale

La démarche de financement global régionalisé a pour effet de redistribuer des ressources financières vers les régions les moins riches. Les ASSS de ces régions doivent s'assurer que la part qu'ils allouent à la santé mentale est suffisante pour offrir des services de base à toutes les populations locales.

La redistribution intrarégionale des ressources en santé mentale

La nouvelle répartition des budgets entre les organisations d'une même région ou l'affectation de personnel à de nouvelles tâches est la deuxième stratégie que doivent utiliser les ASSS pour combler les écarts entre les services nécessaires et les services existants dans leur région. À ce niveau, il est de la responsabilité des ASSS de réviser les plans proposés par les établissements de manière à ce que les ressources financières soient utilisées en priorité pour répondre aux mesures et aux objectifs du plan d'action.

Aucune région n'a démontré que les services de base étaient disponibles dans tous ses territoires locaux et des réaménagements doivent être faits pour respecter les priorités du plan d'action, presque partout au Québec.

Les régions de Québec et de Montréal disposent d'une capacité de redistribution des ressources plus grande et d'un héritage historique important. Cependant, malgré un financement supérieur à la moyenne, ces régions ne disposent pas de services de base dans tous leurs territoires locaux. La région montréalaise doit procéder à une redistribution majeure de ces ressources pour que toute sa population ait accès, de façon équitable, à une gamme de services offerte localement. Quant à la région de Québec, elle doit poursuivre les travaux en cours en vue d'allouer différemment ses ressources.

Le MSSS appuiera les travaux de redistribution entrepris dans les régions de Québec et de Montréal en y collaborant, afin que la population de tous les territoires locaux ait minimalement accès aux services définis dans le présent plan d'action.

LES SERVICES LOCAUX DE BASE

Le plan d'action confie au CSSS la responsabilité d'offrir localement des services de base aux personnes aux prises avec un trouble mental ou présentant un risque suicidaire. Les deux tableaux qui suivent illustrent quels sont les services de base requis pour une population de 100 000 personnes; ces services correspondent à des seuils minimaux qui devraient être appliqués à une population de cette importance. Au Québec, chaque tranche de 100 000 personnes inclut en moyenne 20 308 jeunes. Il est d'usage de présenter les seuils par 100 000 personnes, sachant que les services destinés aux enfants et aux jeunes ou aux adultes viseront respectivement environ 20 000 ou 80 000 personnes.

Tableau 4

Services de base pour les enfants et les jeunes suicidaires ou aux prises avec un trouble mental (par population de 100 000 personnes)⁴³

Catégories/types de services	Source de données	Services requis (Places, lits, intervenants, services)	Jeunes et adolescents visés
Services de 1 ^{re} ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Jeunes	Grandir en santé mentale ⁴⁴	6 intervenants 0,5 omnipraticien	450 jeunes et adolescents, soit 2 % de cette population
Équipes de 2 ^e niveau des centres jeunesse	Travaux MSSS – Suicide	De 2 à 4 intervenants (selon la taille de l'établissement)	
Services de 2 ^e ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Jeunes	Grandir en santé mentale	4,5 intervenants	225 jeunes et adolescents, soit 1 % de cette population
Hospitalisation en pédopsychiatrie et en pédiatrie pour troubles mentaux	Avis d'experts pédopsychiatres	Un service par région : - 2 lits/100 000 de population ou - hospitalisation dans les unités de pédiatrie	
Soutien aux familles et aux proches		Un service, selon le découpage territorial retenu	
Services de répit à l'intention des familles et de l'entourage		Un service, selon le découpage territorial retenu	

43. Concernant les services de crise et de soutien au travail ou aux études, il n'y a pas de distinction d'âge ; se référer au tableau suivant.

44. HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE, *Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, Greenfield Park, Hôpital Charles-Lemoyne, 2001, p.72.

Tableau 5

Services de base pour les personnes de plus de 18 ans, suicidaires ou aux prises avec un trouble mental (par population de 100 000 personnes)

Catégories/types de services	Source de données	Services requis (Places, lits, intervenants, services)	Personnes visées
Services de crise accessibles 24 h/7 à toute la population (jeunes et adultes)		Gamme de services (ratio à préciser)	
Services d'urgence psychiatrique	Avis d'experts	Accès à un service d'urgence, incluant un agent de liaison	
Services de 1 ^{re} ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Adultes	Lesage, 1996 ⁴⁵	20 intervenants 2 omnipraticiens	1 500 adultes, soit 2 % de cette population
Services de 2 ^e ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Adultes	Lesage, 1996 ⁴⁶	13 intervenants	780 adultes, soit 1 % de cette population
Hospitalisation (traitement et soins actifs)	MSSS, 1998 ⁴⁷	25 lits	
Hébergement et soins psychiatriques de longue durée (de type CHSLD) ⁴⁹	MSSS, 1998 ⁴⁸	15 places	

45. Inspiré des niveaux de besoins estimés en services ambulatoires (non spécialisés et spécialisés) dans la population générale d'un secteur de l'est de Montréal présentés dans : A. LESAGE et autres, « Estimating local-area needs for psychiatric care: a case study », dans *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, n° 1, 1996, p. 49-57.

46. *Ibid.*, p. 49-57.

47. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 22.

48. *Ibid.*, p. 22.

49. L'estimation des services résidentiels requis exclut les services aux personnes avec un diagnostic psychiatrique hébergées dans des établissements ayant une mission de CHSLD mais n'ayant pas d'unités de soins propres à la santé mentale.

Suivi intensif, en équipe et intégré	Avis d'experts	70 places Ratio intervenant/ personnes 1/8 à 1/12	70 adultes en moyenne
Soutien d'intensité variable	MSSS, 2002 ⁵⁰	250 places Ratio intervenant/ personnes 1/12 à 1/25	250 adultes en moyenne
Services résidentiels :	Lesage, 2003 ⁵¹		
• Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif		20 à 30 places	
• Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré		40 places	
• Logement avec soutien continu et appartement supervisé		50 places	
Autres services d'intégration sociale :			
• Soutien au travail ou aux études (jeunes et adultes)	Avis d'experts	58 places	
• Entraide entre pairs	Avis d'experts	Un service, selon le découpage territorial retenu	
• Activités structurées en milieu de jour	Avis d'experts	20 places	
Soutien aux familles et aux proches	Avis d'experts	Un service, selon le découpage territorial retenu	
Promotion, respect et défense des droits	Avis d'experts	Un groupe par région	

50. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 17.

51. A. LESAGE et autres. « Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 7, 2003, p. 318-320.

Les services les plus déficitaires et les possibilités de redistribution des ressources

Les services proposés s'inscrivent dans une démarche de planification ayant pour but de revoir l'organisation des services. En réorganisant les services, on peut concevoir des moyens susceptibles de renforcer les services de première ligne, les services de soutien dans la communauté et les services d'intégration sociale.

En comparant les services existants avec les ratios basés sur des standards reconnus et sur les pratiques les plus efficaces dans le domaine, on se rend compte que des aménagements majeurs doivent être effectués à l'intérieur des services offerts. Les aménagements proposés sont nécessaires afin de renforcer les services suivants :

- services de crise accessibles 24 heures/7 jours à toute la population ;
- services d'évaluation et de traitement de première ligne en santé mentale, incluant les services aux personnes à potentiel suicidaire élevé ;
- services de suivi intensif ;
- services de soutien d'intensité variable ;
- services d'intégration sociale.

Sur le plan des services d'intégration sociale, cela veut dire que l'on devra planifier la transformation graduelle du nombre de places d'hébergement en RI-RTF afin de pouvoir engager les ressources nécessaires au soutien des personnes aux prises avec des troubles mentaux vivant en logement autonome, et négocier, dès maintenant, un nombre de places donné avec les offices municipaux d'habitation (OMH) pour les logements subventionnés.

Les régions ne possèdent pas toutes les mêmes possibilités de réaménagements financiers. Cependant, dans plusieurs milieux, des actions sont possibles pour éviter les dédoublements et améliorer l'efficacité des services.

En somme, des changements importants devront avoir lieu pour que soient mobilisées différemment les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assurer une couverture de base des besoins dans le domaine de la santé mentale sur le plan local. Les indicateurs de performance quant à l'utilisation des ressources et à l'atteinte des objectifs visés nous permettront de suivre l'évolution des mesures mises en œuvre.

Quatre types de suivi et d'évaluation sont prévus pour rendre compte des résultats du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

LE SUIVI DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PLAN STRATÉGIQUE

Le premier type de suivi consiste à mesurer les résultats obtenus au regard des objectifs prioritaires prévus dans le plan stratégique ministériel.

Le secteur de la santé mentale est inclus dans la démarche de gestion par résultat adoptée au MSSS. Pour l'année 2005-2006, quatre objectifs prioritaires ont été retenus dans les orientations stratégiques. Ceux-ci seront l'objet d'ententes de gestion avec les ASSS et sont mesurés à l'aide des indicateurs suivants :

1. Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne spécialisée en santé mentale en CSSS (volet CLSC)
2. Nombre d'usagers de 18 ans ou plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne spécialisée en santé mentale en CSSS (volet CLSC)
3. Nombre moyen d'usagers de 18 ans ou plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté
4. Nombre moyen d'usagers de 18 ans ou plus ayant reçu des services de suivi intensif dans la communauté

Les objectifs prioritaires sont intégrés dans le plan d'action et leur suivi permettra de rendre compte de certains résultats obtenus grâce à l'application du plan.

LE SUIVI DES SERVICES À OFFRIR

Le deuxième type de suivi a trait aux services qui doivent être accessibles localement en fonction des services requis. Ce suivi permettra d'apprécier l'accessibilité de la gamme de services offerts dans chaque territoire local et d'évaluer la répartition des dépenses entre les services et entre les territoires locaux.

La gamme de services offerte localement sera évaluée par les ASSS, à l'aide d'une version modifiée de l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS). L'OASIS local servira à établir une prévision des dépenses et des volumes d'activité puis à comparer les résultats obtenus avec l'activité réelle en fin d'exercice.

L'outil OASIS local sera implanté conjointement par les ASSS et le MSSS à partir de l'automne 2005.

L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS LIÉS À L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION

Un troisième type de suivi consiste à évaluer les résultats liés à l'implantation du plan d'action au terme des cinq années de son application. La Direction de la santé mentale, en collaboration avec la Direction de la recherche et de l'évaluation du MSSS, procédera à cette évaluation.

LA GESTION DU CHANGEMENT

Pour appliquer le plan d'action, il s'avère nécessaire de prévoir, à tous les niveaux (national, régional et local), des conditions (lieux de rencontre, par exemple) permettant aux partenaires et aux personnes utilisatrices de services de s'impliquer activement dans une gestion souple, efficace et responsable du plan d'action. Des modalités doivent donc être précisées en vue de soutenir l'engagement des partenaires visés, d'assurer la cohérence des actions entreprises, de favoriser les échanges entre les partenaires et de planifier des rencontres pour effectuer le suivi des travaux entrepris.

Conclusion

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* s'insère dans un contexte organisationnel nouveau, où sont créés 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont la responsabilité d'organiser et d'offrir des services aux populations de leur territoire. En offrant l'ensemble des services de première et de deuxième ligne en santé mentale, les CSSS ont pour mission fondamentale de faciliter l'accès aux services de base et d'offrir ces services à proximité des lieux où résident la majorité des personnes visées. Ils doivent aussi faire en sorte que la population sache clairement comment avoir recours à ces services.

Le but premier du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* est de mieux arrimer les soins spécialisés et les services de santé mentale aux services de première ligne. Il va de soi que l'organisation des services de première ligne doit d'abord être efficace et qu'elle doit s'appuyer sur des pratiques de soins partagés. Pour y arriver, le MSSS mise sur le principe de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services, qui assureront la fluidité des services à mettre en place dans le projet clinique. Dans la perspective de mieux répondre aux besoins des différentes catégories de personnes concernées par la santé mentale, les améliorations nécessaires afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services ont été définies dans le présent plan d'action en fonction des niveaux de services.

Les mesures proposées dans ce plan d'action sont ambitieuses. L'atteinte des objectifs qui y sont décrits sera possible dans la mesure où les différents partenaires visés et, au premier chef, les professionnels de la santé, accepteront de modifier leurs pratiques pour instaurer une véritable culture de travail en réseau axé sur l'atteinte de résultats. Là où cela s'avérera nécessaire, l'intégration des services et les négociations qui en découleront devront faire l'objet d'ententes et de collaborations précises entre les fournisseurs de services afin de renforcer les services de première ligne et d'assurer l'accès au continuum de services local.

Le réseau de la santé et des services sociaux est mobilisé et travaille à la modernisation de ses façons de faire. Les mesures prévues dans le plan d'action indiquent les voies à privilégier en santé mentale. Elles s'inscrivent dans un changement beaucoup plus vaste qui permettra d'améliorer l'état de santé de notre population.

ANNEXE I

Précisions sur certains éléments de la gamme des services

LES SERVICES POUR LES PERSONNES À POTENTIEL SUICIDAIRE ÉLEVÉ

Interventions préventives auprès des personnes en difficulté

Ces interventions précoces se situent en amont de la crise suicidaire et visent à rejoindre le plus tôt possible les personnes exposées à des situations associées à titre de facteurs de vulnérabilité ou de facteurs précipitants aux comportements suicidaires, tels les troubles mentaux, les dépendances, les ruptures, les pertes d'emploi, les deuils, les problèmes familiaux, les crises liées à l'orientation sexuelle, etc.

Suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé

Le suivi étroit vise à offrir en continuité avec le suivi de crise un service ajusté aux besoins spécifiques de la personne qui lui donne accès, à court et à moyen terme, aux traitements et au soutien requis par la complexité de sa situation, au plan médical, psychosocial et du soutien dans la communauté, par la mobilisation et l'arrimage de toutes les ressources requises.

LES SERVICES RÉSIDENTIELS

Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif

Ce type d'hébergement offre les activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensif destinées aux personnes hébergées de plus de 18 ans vivant des troubles mentaux graves avec ou sans problèmes associés en vue d'une intégration sociale.

Les services professionnels ou spécialisés sont organisés sur une base continue 24 heures/7 jours en réponse aux besoins spécifiques de la clientèle visée. On retrouve ce type d'hébergement en établissement opérant des activités de réadaptation en foyer de groupe, en ressource intermédiaire de réadaptation (RI) et en OCH.

Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré

Ce service regroupe les activités de supervision et de soutien destinées aux personnes de plus de 18 ans vivant des troubles mentaux graves hébergées en ressource intermédiaire (RI) ou en ressource de type familial (RTF).

Les services de soutien sont essentiellement confiés aux responsables RI et RTF mandatés afin d'offrir aux personnes hébergées des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles du milieu naturel. L'encadrement professionnel ou spécialisé, offert par l'établissement gestionnaire des places RI-RTF, est souvent limité à moins de 5 jours par semaine.

Logement avec soutien continu (logement avec soutien et appartement supervisé)

Ce service offre les activités de soutien ou de supervision des personnes de plus de 18 ans aux prises avec des troubles mentaux graves qui résident en appartement autonome.

Le fournisseur du soutien peut être un établissement, une RI ou un organisme communautaire qui détient un mandat à cette fin.

Tout en nécessitant un soutien continu à long terme ou à très long terme, les personnes recevant ce service vivent généralement des difficultés moins sévères que d'autres personnes recevant des services plus intenses, par exemple, des usagers recevant des services de suivi intensif en communauté ou de soutien d'intensité variable de type *case management*, dont la condition requiert ces activités de traitement et de réadaptation.

L'ENTRAIDE

Dans les groupes d'entraide, les personnes utilisent leurs forces pour s'appuyer mutuellement, pour briser leur isolement et pour favoriser un changement social. Les bénéfices de l'entraide par les pairs ont été maintes fois démontrés, tant dans le domaine de la santé mentale que dans d'autres secteurs. Des organismes communautaires ont mis en place des groupes d'entraide dans chacune des régions du Québec. Ces groupes sont nécessaires et doivent être soutenus.

LE SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES

Le Québec s'est fait précurseur en supportant des organismes de soutien pour les familles et les proches des personnes atteintes d'un trouble mental. Plus de 40 associations existent à travers le Québec. Elles sont regroupées sous la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM). Ces groupes de soutien doivent être reconnus pour leur expertise et soutenus, puisque les services qu'ils offrent correspondent à des éléments de la gamme de services qui doit être disponible dans le réseau de la santé et des services sociaux.

LA PROMOTION ET LA DÉFENSE DES DROITS

En 1989, le MSSS énonçait dans la Politique de santé mentale la nécessité de mettre en place un système de promotion, de respect et de protection des droits des personnes. Quelques organismes communautaires exerçaient déjà cette fonction, mais la sortie de la Politique a suscité le développement de nouveaux organismes et nous comptons actuellement 15 groupes régionaux de promotion de défense des droits au Québec. Ceux-ci sont regroupés dans une association provinciale, l'Association d'intervention en promotion et défense des droits des personnes en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). Ces organismes ont pour mission d'informer, d'aider et d'accompagner les personnes ayant un trouble mental dans

l'exercice de leurs droits. Ils sont majoritairement administrés par des utilisateurs de services et travaillent avec les personnes afin qu'elles puissent s'approprier leur pouvoir sur leur vie par l'exercice de leurs droits. Les groupes de promotion et de défense de droits interviennent aussi au niveau systémique pour proposer des modifications aux règlements, politiques ou à l'organisation des services de santé mentale.

Le MSSS réaffirme l'importance du rôle des groupes d'intervention en défense des droits. Un groupe doit être soutenu dans chaque région.

ANNEXE II

Liste des acronymes

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AGIDD	Association d'intervention en promotion et défense des droits des personnes
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAU	Centre affilié universitaire
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIT	Contrat d'intégration au travail
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETC	Équivalent temps complet
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HSRU	Health Systems Research Unit
MEQ	Ministère de l'Éducation
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
MHECCU	Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OASIS	Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires
OC	Organisme communautaire
OCH	Organisme communautaire d'hébergement
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plans d'action locaux de santé publique
PAR	Plans d'action régionaux de santé publique
PEM	Planification des effectifs médicaux
PNFJ	Plan national de formation jeunesse
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Planification régionale des effectifs médicaux
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de services
TDAH	Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Troubles envahissants du développement

Bibliographie

- AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS. *National Mental Health Plan 2003-2008*, Australian Government, 2003, 44 p., <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-nmhs-2003.htm>.
- BEAULIEU, A. et H. DORVIL (sous la dir. de). *L'habitation comme déterminant social de la santé mentale : actes du colloque tenu les 15 et 16 mai 2002 à l'Université Laval dans le cadre du 70^e congrès de l'Association francophone pour le savoir-Acfas*, Montréal, Association francophone pour le savoir-Acfas, 2004, 136 p. (Cahiers scientifiques ; 99).
- BÉGUET V. et S. FORTIER. *Les trajectoires scolaires de personnes ayant un problème grave de santé mentale : bilan général d'une recherche-action*, Québec, Le Pavois, 2004, 132 p.
- BUREAU DU CORONER, *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, Québec, Bureau, 2004, 63 p., http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/burecoro/publicat/rapport_annuel_2003_2004.pdf.
- CLSC RENÉ-CASSIN. *Programme communautaire de santé mentale pour les adultes de 60 ans et plus*, 2003 (Texte non publié).
- COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE. *Rapport sur l'organisation des soins en santé mentale : Troubles suicidaires ; Urgence en santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 21 p., <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>, http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/rapports/comite_experts_suicides.pdf.
- COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE. *Rapport sur l'organisation des soins en santé mentale : Accessibilité aux soins et services-clientèle jeunesse*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 12 p., <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>, http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/rapports/comite_experts_junesse.pdf.
- COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE. *Rapport sur l'organisation des soins en santé mentale : Services aux adultes*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 30 p., <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html>, http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/rapports/comite_experts_adultes.pdf.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR. *Agir pour la vie*, s.l., Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2003, 43 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Québec, Conseil médical du Québec, 2001, 110 p.
- DESMARAIS, D., et autres. *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes : Un portrait complexe, une responsabilité collective*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 192 p.
- DEWA, CS., et autres. « Left behind by reform : the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », dans *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, n° 1, 2003, p. 43-54.
- GOVERNMENT OF GREAT BRITAIN DEPARTMENT OF HEALTH. *LAC (99)34: National framework for mental health: Modern standards and service models for mental health*, Government of Great Britain Department of Health, 1999, 149 p., http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/LocalAuthorityCirculars/AllLocalAuthorityCirculars/LocalAuthorityCircularsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4004760&tchk=UgB5DS.
- GOVERNMENT OF GREAT BRITAIN DEPARTMENT OF HEALTH. *The Journey to Recovery : the Government's Vision for Mental Health Care*, Government of Great Britain Department of Health, 2001, 23 p., http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4002700&tchk=iBX4n8.

HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE. *Grandir en santé mentale en Montérégie : Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, Greenfield Park, Hôpital Charles-Lemoyne, 2001, 79 p.

INSTITUT PSYCHIATRIQUE CLARKE, UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ. *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale : document de discussion*, Ottawa, Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Santé Canada 1997, 41 p, http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/pubs/disc_paper/f_index.html.

KATES, N. « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n° 2, 2002, p. 93-108.

KIRBY, M. (sous la présidence de). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : aperçu des politiques et programmes au Canada – Partie 1 : Le visage humain de la maladie mentale et de la toxicomanie*, Le Sénat du Canada, 2004, 275 p., <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report1/repintnov04vol1table-f.htm>.

KOVESS, V., et autres. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2001, 209 p.

LECOMTE, Y., et A. LESAGE. « Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 2, 1999, p. 7-27.

LESAGE, A., et autres. « Estimating local-area needs for psychiatric care : a case study », dans *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, n° 1, 1996, p. 49-57.

LESAGE, A., et autres. « Suicide and mental disorders : a case-control mental study of young men », dans *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, 1994, p. 1063-1068.

LESAGE, A., et autres. « Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders », dans *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 7, 2003, p. 315-322.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000, Accentuer la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 52 p, <http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/933f276880164d6685256809007069afbe7b725a8787aa7085256a09006bd283?OpenDocument>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 178 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 46 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 94 p.

MINISTRY OF HEALTH SERVICES. *BC's Mental Health Reform Best Practices*, Ministry of Health Services, 2002, <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/bpelementsbc.html>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Prevention of Suicide : Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996, 29 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001, 172 p, <http://www.who.int/whr/2001/fr/>.

Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale, Montréal, 2004, 48 p., <http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/guide1.pdf>.

PRONOVOST, J. « Les adolescents desservis par les centres jeunesse : analyse des rapports relatant des tentatives et des décès par suicide », dans *L'Enjeu spécial : regards de chercheurs sur les jeunes agissants*, vol. 8, n° 5, p. 28-30.

REISS, S. *Handbook of Challenging Behaviours: Mental Health Aspects of Mental Retardation*, Worthington (Ohio), IDS Publishing Company, 1994.

RENAUD, J., et F. CHAGNON. *Étude des suicides chez les jeunes qui ont reçu des services des centres jeunesse au Québec, volet prévalence des suicides et caractéristiques associées*, s.l., 2003, 22 p. (Rapport de recherche non publié).

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*, Statistique Canada, 2003, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/index_f.htm.

ST-LAURENT, D., et C. BOUCHARD. *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente*, Québec, Institut national de santé publique, 2004, 24 p.

ST-LAURENT, D., et S. TENNINA. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 59 p.

ST-ONGE, M. et L. TESSIER. « Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action », dans R. Émard et T. Aubry (sous la dir. de), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir une vie*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2003, p 1-29.

TASSÉ, MJ. et D. MORIN. *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaétan Morin Ed., 2003.

THORNICROFT, G. et M. TANSELLA. *What are the Arguments for Community-based Mental Health Care*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003, 24 p.

VALLA, JP., et autres. *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 132 p.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Rapport à l'Assemblée Nationale pour l'année 2002-2003*, tome II, chapitre 2, Québec, Vérificateur général du Québec, 2003, p. 14-46, http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/Rapp_2003_2/Rapport/html/TM02.html.

VON KORFF, M., et D. GOLBERG. « Improving outcomes in depression », dans *British Medical Journal*, vol. 323, octobre 2001, p. 948-949.

WADDELL, C. et C. SHEPHERD. *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth*, Vancouver, Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, University of British Columbia, 2002, 5 p.

