

*rétablissement*  
*partenariat*

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION



*Projet*  
*accès*

LA FORCE DES LIENS

PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010

*santé*  
*mentale*

**Évaluation de l'implantation du Plan d'action  
en santé mentale 2005-2010**

**La force des liens**

**Direction de l'évaluation  
Direction de la santé mentale  
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**Août 2012**

**Conception et réalisation du projet**

Nelson Potvin, Direction de l'évaluation  
Johanne Rhains, Direction de la santé mentale

**Rédaction**

Nelson Potvin, Direction de l'évaluation  
Avec la collaboration de Johanne Rhains, Dorice Grenier et Josée Lepage, Direction de la santé mentale

**Révision linguistique**

Anne Dauphinais

**Mise en page**

Guylaine Fitzback

**Remerciements**

Nous adressons nos remerciements aux personnes, aux organisations et aux associations rencontrées dans le cadre de cette consultation. Nous tenons également à remercier les répondants des Agences régionales de santé et des services sociaux pour leur collaboration lors de l'organisation de la consultation.

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66714-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	1
INTRODUCTION .....	5
PREMIÈRE PARTIE .....	7
LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION ET SA MÉTHODOLOGIE .....	7
1. Le contexte de l'évaluation et sa méthodologie .....	9
2. L'objet de l'évaluation .....	9
3. Le modèle d'évaluation .....	9
4. L'objectif de la démarche d'évaluation .....	10
5. Le questionnement évaluatif .....	10
6. La collecte des données .....	10
7. Les limites et les avantages de la démarche .....	11
DEUXIÈME PARTIE .....	13
LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION .....	13
1. Le partenariat avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches .....	15
1.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	15
1.2 L'état d'implantation .....	15
1.3 En résumé .....	17
2. Information et sensibilisation en santé mentale .....	19
2.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	19
2.2 L'état d'implantation .....	19
2.3 Les retombées des campagnes d'information .....	20
2.4 En résumé .....	22
3. Services courants (médicaux et psychosociaux) .....	23
3.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	23
3.2 L'état d'implantation .....	23
3.3 En résumé .....	24
4. Services de crise .....	25
4.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	25
4.2 L'état d'implantation .....	25
4.3 En résumé .....	29
5. Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne .....	31
5.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	31
5.2 L'état d'implantation .....	31
5.3 En résumé .....	34
6. Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Organiser la hiérarchie des services .....	35
6.1 Éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	35
6.2 L'état d'implantation .....	35
6.3 En résumé .....	36

7.	Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Le soutien aux études.....	37
7.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	37
7.2	L'état d'implantation .....	37
7.3	En résumé .....	38
8.	Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse .....	39
8.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	39
8.2	L'état d'implantation .....	39
8.3	En résumé .....	42
9.	Les adultes ayant un trouble mental : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne .....	43
9.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	43
9.2	L'état d'implantation .....	43
9.3	En résumé .....	46
10.	Les adultes ayant un trouble mental : Organiser la hiérarchie des services .....	47
10.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	47
10.2	L'état d'implantation .....	47
10.3	En résumé .....	48
11.	Suivi intensif et soutien d'intensité variable .....	49
11.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	49
11.2	L'état d'implantation .....	49
11.3	En résumé .....	52
12.	Les services résidentiels.....	53
12.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	53
12.2	L'état d'implantation .....	53
12.3	En résumé .....	54
13.	Intégration au travail .....	55
13.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	55
13.2	L'état d'implantation .....	55
13.3	En résumé .....	57
14.	L'intervention préventive auprès des hommes en situation de vulnérabilité .....	59
14.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	59
14.2	L'état d'implantation .....	59
14.3	En résumé .....	60
15.	Intervention en cas de crise suicidaire .....	61
15.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	61
15.2	L'état d'implantation .....	61
15.3	En résumé .....	62
16.	Personnes présentant un diagnostic de comorbidité .....	63
16.1	Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale .....	63
16.2	L'état d'implantation .....	63
16.3	En résumé .....	66
	DISCUSSION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS .....	67
	CONCLUSION.....	69
	ANNEXE .....	71
	RÉSUMÉ DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010 .....	71
	LA FORCE DES LIENS.....	71

## SOMMAIRE

Ce sommaire reprend les principales conclusions de l'évaluation de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force de liens* en fonction de ses différentes mesures d'action.

### **Le partenariat avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches**

Le Plan d'action en santé mentale a contribué à rehausser la participation des personnes utilisatrices de services. Leur contribution est considérée comme un incontournable et souvent leur implication a des retombées positives sur l'organisation régionale des services en santé mentale. Cependant, en certains endroits, la participation des utilisateurs aux instances décisionnelles demeure encore difficile. L'implication des proches dépend surtout de la volonté des milieux à vouloir travailler ensemble.

### **L'information et la sensibilisation en santé mentale**

Les interlocuteurs rencontrés lors des consultations estiment que les campagnes d'information et la production de matériel informationnel par le MSSS constituent des moyens adéquats pour soutenir les acteurs régionaux ou locaux dans leurs activités communicationnelles. Les résultats des sondages de la firme SOM indiquent que les taux d'exposition des campagnes d'information ont été très satisfaisants au cours des années, soit entre 78 % et 82 %.

En janvier 2009, ces résultats montraient que la campagne avait atteint son principal objectif et concluaient que plusieurs perceptions s'étaient améliorées, notamment celle voulant que les personnes dépressives soient généralement des perdants au sein de la société ou encore que les personnes en dépression représentent une menace pour la société.

Par contre, l'évaluation de la campagne radiophonique de 2010 a permis de constater que celle-ci n'est pas parvenue à modifier les attitudes préjudiciables autant que lors de la première phase de la campagne qui était télévisuelle. Cependant, aux plans régional et local, il y a peu d'activités déployées dans ce domaine.

### **Les services courants (médicaux et psychosociaux)**

La mise en place des guichets d'accès en santé mentale a grandement favorisé la fluidité du passage des services médicaux et psychosociaux aux services de santé mentale au sein des CSSS. Cependant, il y a encore du travail de clarification à faire en certains endroits par rapport aux modalités de fonctionnement entre les services de première ligne en santé mentale, les autres services offerts par les CSSS, les médecins de famille et les ressources alternatives.

### **Les services de crise**

Les services d'intervention de crise sont disponibles à la grandeur du Québec. Cependant, la gamme de services décrite au PASM n'est pas encore implantée complètement en plusieurs endroits, et cela nous semble plus complexe à installer dans les régions périphériques. Selon certaines personnes rencontrées lors des consultations, les difficultés vécues sur le terrain étaient en croissance. L'hébergement de crise et le service mobile « face à face » sont les éléments de la gamme de services qui requièrent le plus d'attention. Certaines ASSS, avec la mise en place du service Info Social, révisaient leur offre de services d'intervention de crise lors de la consultation.

## **Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental**

### **▪ Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne**

Tel que spécifié dans le PASM, le réseau de la santé et des services sociaux s'est doté d'une structure d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement pour les jeunes ayant un trouble mental. Les guichets d'accès et les équipes en santé mentale jeunesse de première ligne sont en place presque partout, sauf dans certaines régions peu peuplées où n'existent que des modalités d'accès aux services, sans équipe dédiée en santé mentale.

Toutefois, le fonctionnement des guichets d'accès et des équipes de santé mentale jeunesse n'est pas optimal. Des efforts en termes de priorisation sont encore à fournir afin d'améliorer les différents arrimages entre les services de première et de deuxième ligne et les services spécialisés offerts par les établissements.

### **▪ Organiser la hiérarchie des services**

Les régions cherchent à connaître les besoins de leur population et à développer une vision commune de l'intervention face aux particularités de leur clientèle. L'arrimage de tous les interlocuteurs de services n'est pas une mince tâche, la hiérarchisation des services est avant tout une affaire de partenariat. Certaines orientations semblent gagnantes : la liaison, le lien étroit avec le milieu scolaire, la présence d'un pédopsychiatre en première ligne, une trajectoire de services bien définie et le souci d'une continuité des services de santé mentale pour les jeunes vers les services aux adultes.

### **▪ Le soutien aux études**

Les connaissances actuelles soulignent l'importance du soutien aux études et son impact positif pour les usagers, jeunes et adultes. Cependant, les résultats de la consultation démontrent l'importance de travailler en intersectorialité afin d'accroître le nombre de jeunes bénéficiant de mesures de soutien aux études

### **▪ Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse**

Les équipes interdisciplinaires de deuxième niveau constituent un apport considérable dans le soutien aux intervenants et dans l'amélioration des services offerts aux jeunes. Ce qui est d'autant pertinent puisque les CJ font face à l'émergence de multiples problèmes chez une clientèle de plus en plus jeune.

Bien que la quasi-totalité des CJ aient mis en place leurs équipes, l'offre des services en santé mentale n'est pas encore optimale dans près de la moitié des CJ du Québec. En plus des difficultés de recrutement, la composition de ces équipes est variable d'un CJ à l'autre.

## **Les adultes ayant un trouble mental**

### **▪ Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne**

Les résultats de la consultation suggèrent que la mise en place incomplète des guichets d'accès et le manque de personnel en santé mentale rendent plus difficile la dispensation des services. Il y a accès aux services sur tous les territoires, mais les procédures d'accès ne sont pas les mêmes d'un CSSS à l'autre, tout comme les ressources affectées aux équipes de santé mentale. Par contre, l'adaptation nécessaire du PASM aux particularités régionales fait également en sorte que son implantation peut varier en fonction des besoins régionaux.

- **Organiser la hiérarchie des services**

La hiérarchisation des services est amorcée en différents endroits, mais étant donné le virage auquel a dû faire face le réseau de la santé mentale, le travail doit se poursuivre afin de mieux actualiser cette mesure du PASM.

- **Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable**

De nombreux efforts ont été consacrés au plan national par le Centre national d'expertise en santé mentale, ainsi que par les acteurs régionaux afin de mettre en place les services de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV). Ces efforts prennent différentes formes d'une région à l'autre, notamment en fonction de la disponibilité des ressources et des caractéristiques de la région. La couverture de services n'est pas optimale, il reste des efforts à fournir afin d'implanter le SI et le SIV à la grandeur du Québec, de même que pour l'intégration de pairs-aidants dans ces équipes.

- **Les services résidentiels**

Comme il y a un manque de services résidentiels pour les personnes ayant des troubles graves de santé mentale dans toutes les régions, il est par conséquent difficile d'atteindre les cibles inscrites au PASM en matière de soutien au logement. L'arrimage avec la SHQ Québec demeure essentiel, de même que la promotion de services résidentiels dans la communauté et le soutien des personnes atteintes de troubles mentaux.

- **L'intégration au travail**

L'implantation de cette mesure du PASM est peu avancée. La personne ayant un trouble mental peut être orientée et accompagnée, ou se diriger elle-même vers un programme d'insertion en emploi géré par un organisme communautaire. Par ailleurs, certains interlocuteurs ont souligné qu'il serait plus juste de parler d'insertion socioprofessionnelle plutôt que d'intégration au travail et qu'il faudrait reformuler l'objectif du PASM en ce sens. Ce qui aurait pour conséquence de rendre plus visible la nécessité d'un accompagnement et d'une aide psychologique. Le monde du travail devrait être mieux informé quant aux possibilités d'intégration des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale.

### **L'intervention préventive auprès des hommes en situation de vulnérabilité**

La cible du PASM pour cette mesure a été dépassée, puisque douze (12) projets pilotes d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité ont été lancés et complétés dans onze (11) régions du Québec. Le MSSS a produit un bilan de ces projets qui rapporte qu'en soutenant la mise en œuvre de ces projets pilotes, le PASM a eu des effets positifs sur les connaissances et le savoir-faire, sur l'originalité des services offerts et sur la collaboration entre des partenaires appartenant à des milieux différents. Ces projets ont également mis en lumière les difficultés, notamment au plan financier, ainsi que les efforts devant être maintenus dans la poursuite de l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité.

### **L'intervention en cas de crise suicidaire**

Globalement, la prise en charge de la prévention du suicide s'est améliorée au Québec depuis quelques années. Par ailleurs, le suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide est maintenant balisé à l'intérieur du *Guide de bonnes pratiques* à

*l'intention des intervenants des CSSS et du Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS.*

### **Les personnes présentant un diagnostic de comorbidité**

Il ressort des consultations qu'environ le tiers des régions possède une offre de services qui commence à être structurée, en ce qui concerne les services à offrir aux personnes présentant des problèmes de comorbidité. La principale difficulté observée réside dans l'arrimage des services comme tel. Par ailleurs, il faut également souligner que les problèmes de comorbidité sont devenus plus complexes.

En conclusion, l'offre de services en santé mentale s'est améliorée depuis le lancement du PASM en 2005. En effet, le PASM s'est adressé aux principaux constats et enjeux concernant le système québécois de soins en santé mentale, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services et aux modalités de collaboration entre les différents intervenants.

## INTRODUCTION

En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrétait que les troubles mentaux peuvent être traités dans les services spécialisés de première ligne et de façon tout aussi efficace, sinon davantage, que dans les services spécialisés (OMS, 2001).<sup>1</sup> Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force des liens favorisait la mise en place des services de première ligne dans les communautés locales en mettant à profit l'expertise des intervenants qui y travaillent. Le PASM a été également déployé au même moment que la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) sur chaque territoire de CSSS. Les CSSS se voyaient confier une responsabilité populationnelle de la santé sur leur territoire respectif, dont les services de santé mentale.

Ce rapport d'évaluation fournit un portrait de l'état d'implantation des différentes mesures du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* (PASM) depuis sa mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2005<sup>2</sup>. Cette évaluation a été réalisée au moyen d'une consultation effectuée auprès de différents partenaires du MSSS, en région ainsi qu'au plan national. Au total, quarante-deux rencontres de groupe ont été effectuées dans le cadre de cette consultation.

La première partie du rapport est consacrée au contexte de l'évaluation et à sa méthodologie. La seconde partie fournit les résultats de la consultation auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires, ainsi que les résultats de la consultation auprès des instances nationales. Ce rapport contient également certaines suggestions en vue d'améliorer l'implantation du PASM.

Le portrait provincial de l'implantation des mesures du PASM que trace cette évaluation pourra également servir de point de comparaison aux partenaires du Ministère, leur permettant de jeter un nouvel éclairage sur leurs interventions. En somme, cette évaluation fournit une certaine connaissance des acquis, des points forts et des points à améliorer en ce qui concerne l'implantation des mesures contenues dans le PASM depuis son lancement en 2005.

---

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). Rapport sur la santé dans le monde-La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, 172 pages.  
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.



## **PREMIÈRE PARTIE**

### **LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION ET SA MÉTHODOLOGIE**



## 1. Le contexte de l'évaluation et sa méthodologie

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens (PASM)*<sup>3</sup>, le MSSS a pris l'engagement de procéder à l'évaluation des résultats concernant l'implantation des mesures de ce plan d'action, au terme des cinq premières années de sa mise en œuvre. Il a été convenu que la Direction de l'évaluation, en collaboration avec la Direction de la santé mentale, procéderait à cette évaluation.

Cet engagement donnait suite à la recommandation du Vérificateur général du Québec<sup>4</sup> d'évaluer le programme de santé mentale dans son ensemble. Dans ses commentaires au rapport du Vérificateur général, le MSSS s'engageait à ce que des procédures d'évaluation soient prévues dans son futur plan d'action. Il y était également précisé que la Politique d'évaluation<sup>5</sup> du MSSS servirait de cadre à cette démarche d'évaluation.

Le PASM visait différents objectifs. Pour chacun de ceux-ci, des mesures nationales, régionales ou locales, de même que des cibles chiffrées ont été définies. Ces objectifs et leurs cibles offrent un canevas de départ à partir duquel a été définie la démarche d'évaluation.

## 2. L'objet de l'évaluation

Avant d'aborder la démarche d'évaluation, il convient de rappeler les objectifs du PASM. Ces objectifs sont :

- reconnaître le potentiel et le rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches;
- lutter contre la stigmatisation;
- intervenir dans les domaines de la prévention et de la promotion en santé mentale;
- structurer la gamme de services;
- préciser la gamme de services;
- organiser un réseau de services en santé mentale;
- soutenir le changement;
- financer les services;
- suivre et évaluer l'implantation du Plan d'action.
- Un résumé détaillé du PASM figure en annexe au présent rapport.

## 3. Le modèle d'évaluation

La démarche d'évaluation visait à faire le point sur l'implantation des mesures du PASM en prenant contact directement avec les principaux acteurs engagés dans sa mise en œuvre. Les échanges avec les interlocuteurs consultés avaient pour but de connaître leur appréciation quant à l'implantation des différentes mesures mises de l'avant dans le PASM. Il s'agit donc d'une approche qualitative d'évaluation.

---

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

4. VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003, Tome II, chapitre 2, Services de santé mentale, Québec, Vérificateur général du Québec, 2004.

5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique d'évaluation, Évaluer pour s'améliorer*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 26 p.

Le modèle d'évaluation qui a été utilisé est de type pluraliste<sup>6</sup>. Il permet, par le rapprochement systématique de plusieurs points de vue particuliers, d'obtenir de l'information relativement juste et fiable, tout en évitant les limites de modèles plus classiques, lesquels sont difficilement applicables dans le cas du PASM. En effet, celui-ci, par son ampleur, déborde largement les conditions usuelles d'une méthode plus expérimentale qui serait limitée à la comparaison de quelques champs d'intervention précis et mesurables.

#### **4. L'objectif de la démarche d'évaluation**

L'objectif de l'évaluation consiste à apprécier l'implantation des différentes mesures inscrites à l'intérieur du PASM, de même qu'à rendre compte de certains des premiers changements observés après cinq années d'implantation. Les résultats de cette évaluation alimenteront aussi la réflexion, afin de soutenir la rédaction du nouveau Plan d'action en santé mentale.

#### **5. Le questionnement évaluatif**

Toute démarche évaluative se propose de répondre à certaines questions fondamentales. Dans le cadre de la présente évaluation, la principale interrogation était la suivante : les différentes mesures qui découlent des objectifs du PASM ont-elles été mises en application?

Cette interrogation a servi de trame de fond aux consultations qui ont été menées dans le cadre de l'évaluation. De plus, elle soutient un questionnement précis, de nature opérationnelle. Ainsi, pour chacune des mesures inscrites au PASM, ainsi qu'en fonction de leur degré d'implantation anticipé, l'évaluation s'est attardée aux questions suivantes :

- Estime-t-on que la mesure prévue au PASM est totalement ou partiellement implantée?
- Quelle appréciation fait-on de l'implantation de la cible associée?
- Des développements sont-ils prévus afin d'implanter la mesure si elle ne l'est pas, et si oui, quels sont-ils?
- Quelles difficultés et quels facteurs ont facilité l'implantation des mesures du PASM?
- S'il fallait refaire les choses, procéderait-on autrement? Si oui, comment? Si non, pourquoi?

#### **6. La collecte des données**

L'évaluation a été réalisée à partir de deux grilles d'entrevue de groupe, une pour les consultations régionales, l'autre pour les consultations nationales. Accompagnées d'un guide d'utilisation, elles reprenaient intégralement les objectifs et les différentes mesures du PASM. Ces instruments de consultation ont été transmis aux groupes consultés avant les rencontres. Ils sont disponibles sur demande auprès du MSSS.

Les informations que ces grilles ont recueillies, accompagnées des différents commentaires des interlocuteurs, ont permis de dresser les constatations du présent bilan d'évaluation sur l'implantation des différentes mesures du PASM. Ces instruments ont donc permis de répondre aux questions d'évaluation énumérées précédemment. Ils ont également servi au traitement et à l'analyse de l'information, en agrégeant les données pour le Québec, pour chacune des mesures inscrites au PASM. Chacune des mesures du PASM a donc été analysée à partir des données recueillies dans les grilles.

---

6. MONNIER, É. (1992). Évaluation de l'action des pouvoirs publics, Paris, Économica.

Lors des rencontres, toute documentation (plans d'action, études, bilans d'activités, données statistiques, instrumentation diverse, sondages, etc.) permettant de porter un meilleur jugement sur l'implantation du PASM a également été recueillie.

En vue d'assurer le bon déroulement des rencontres, il y avait une personne responsable de l'animation des rencontres, accompagnée de deux autres personnes qui avaient pour tâche d'alimenter la discussion et d'écrire le compte rendu des rencontres.

La démarche de consultation régionale se déroula en deux étapes. Dans un premier temps, en avant-midi, une rencontre a eu lieu avec les responsables des ASSS et leurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Dans un deuxième temps, en après-midi, l'ensemble des partenaires régionaux ont été consultés. Cette démarche s'est réalisée entre le mois de mars 2010 et le mois de mai 2010. Ce sont les responsables en santé mentale des ASSS qui ont planifié et organisé les rencontres avec les partenaires de leur territoire.

D'autre part, des consultations de représentants des instances nationales se sont tenues au mois de novembre 2010. Ces consultations ont été menées auprès des représentants des organismes communautaires nationaux, des usagers, des familles et des proches, des partenaires du réseau gouvernemental, des ordres et associations professionnels et des regroupements de chercheurs en santé mentale

## **7. Les limites et les avantages de la démarche**

Cette évaluation se limite à rapporter le plus fidèlement possible les témoignages et les opinions recueillis auprès des interlocuteurs dans le cadre des démarches de consultation entreprises par le MSSS. Cependant, l'ensemble du champ d'action en santé mentale n'a pas été couvert. Il pourrait aussi y avoir d'autres sources d'information qui nuanceraient certaines de ses constatations.

Les mécanismes de suivi de gestion prévus à l'intérieur du PASM, notamment les cibles et les indicateurs, n'ont pas été utilisés en raison de différentes limites en termes de pertinence, de collecte et de validité des données.

Il faut également rappeler qu'il y a une certaine disparité dans la présentation des résultats de cette évaluation. Elle a pour cause la diversité de la nature des mesures du PASM et la diversité régionale en termes d'organisation de services, lesquelles rendaient peu efficace l'utilisation d'un instrument de cueillette de données standardisé, comme un questionnaire ou une grille de collecte de données uniformisée.

D'un point de vue méthodologique, le fait d'avoir entrepris une consultation auprès de plusieurs catégories différentes d'interlocuteurs permet de croire, par le rapprochement de plusieurs points de vue particuliers, que l'information qui est fournie est relativement fiable et juste. Ce postulat est à la base même de l'approche pluraliste qui s'est développée ces dernières années en évaluation des politiques et programmes.

Cette démarche évaluative se limite à estimer l'implantation des mesures inscrites à l'intérieur du PASM, elle ne cherche pas à améliorer la connaissance théorique sur l'organisation des services en santé mentale.



## **DEUXIÈME PARTIE**

### **LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION**



## **1. Le partenariat avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches**

### **1.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

Cette mesure du PASM a comme objectif de favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision. Les mesures nationales, régionales et locales sont identiques et se lisent ainsi : le MSSS, les 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.

### **1.2 L'état d'implantation**

Au plan national, depuis 2009, le MSSS soutient financièrement la mise en place de l'association Les Porte-Voix du Rétablissement. Cette association a comme but de promouvoir, entre autres, la participation des personnes utilisatrices de services dans la planification et l'organisation des services en santé mentale.

#### **L'opinion des ASSS et des organismes communautaires**

Au palier régional, les consultations du MSSS ont permis de constater que toutes les ASSS, à différents degrés, ont favorisé la participation des utilisateurs de services et de leurs proches dans les différentes structures de concertation tant locales que régionales, notamment dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques. Cette collaboration s'est cependant détériorée en plusieurs endroits, une fois les projets cliniques mis en place au sein des réseaux locaux de services.

Par ailleurs, plusieurs ASSS ont également soutenu financièrement des organismes communautaires représentant les utilisateurs de services ou les proches. Ce financement visait principalement à soutenir l'implantation du Cadre de partenariat pour la mise en place des rencontres régionales de personnes utilisatrices de services en santé mentale.

Ce cadre mis en œuvre par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) et financé par le MSSS vise à favoriser la participation des personnes utilisatrices de services dans les structures de décision, et ce, en les outillant afin qu'elles remplissent bien leur rôle de porte-parole. À titre d'exemples, la région du Bas-Saint-Laurent (RIPU-BSL), celle du Saguenay-Lac-Saint-Jean (GPDDSM), le ROBMS de la Mauricie-Centre-du-Québec, pour un certain temps seulement, Pro-Def en Estrie, l'Impact dans la région de Lanaudière et Action Autonomie à Montréal appliquent ce cadre et organisent des rencontres régionales favorisant un espace de parole privilégié pour les utilisateurs de services.

Lors des consultations, plusieurs utilisateurs et représentants d'organismes communautaires ont mentionné que cette mesure du PASM a permis, d'une part, de faire la promotion de la participation des utilisateurs de services et, d'autre part, d'accroître leur présence au sein de divers comités. Des témoignages personnels ont aussi mis en évidence que ces personnes sont satisfaites de leur participation et de l'impact de celle-ci sur l'organisation des services en santé mentale. Malgré cela, en plusieurs endroits la participation des utilisateurs et des proches aux instances régionales demeure encore difficile selon différents organismes communautaires.

### **L'opinion des utilisateurs de services**

Plusieurs régions (N = 10) ont favorisé la mise en place de regroupements afin de soutenir et de former les personnes dans leur engagement aux instances décisionnelles en tant qu'utilisateurs de services. À titre d'exemple, dans la région de la Capitale-Nationale, la création de l'Association des personnes usagères de services (L'APUR) a été importante dans l'amélioration de la participation des utilisateurs de services aux structures décisionnelles régionales.

Les commentaires entendus lors des consultations confirment que les utilisateurs de services occupent une place plus importante qu'auparavant dans les comités qui concernent l'organisation des services en santé mentale, même si celle-ci n'est pas optimale. Par ailleurs, dans presque toutes les régions, il a été mentionné que les organismes offrant de la formation, du soutien et de l'accompagnement aux personnes intéressées à participer aux structures décisionnelles étaient sous-financés.

Dans un autre registre, voici une des principales difficultés rencontrées par les personnes utilisatrices qui a été mentionnée lors des consultations : certaines personnes sont réfractaires à participer à ces différentes instances décisionnelles si leurs intervenants ou leurs médecins siègent à ces instances, elles craignent que cela affecte leur lien de confiance. D'autres nous ont fait part de leur malaise quant à l'utilisation d'un vocabulaire propre au réseau de la santé et des services sociaux. Finalement, le manque de ressources financières qui permettent de défrayer les coûts de déplacement et de repas a aussi été mentionné comme étant un élément qui freine la participation des personnes utilisatrices de services.

### **L'opinion des familles et des proches**

En ce qui concerne les familles et proches, les ASSS encouragent également leur participation aux différentes instances décisionnelles, mais le degré de satisfaction varie d'une région à l'autre. En effet, plusieurs représentants d'organismes régionaux œuvrant auprès des familles et des proches soutiennent que leur participation n'est pas toujours un automatisme et qu'il faut travailler davantage à faire reconnaître leur implication.

Toutefois, lorsque c'est le cas, comme en Estrie, les représentants des familles et des proches apprécient avoir voix au chapitre, autant au plan régional que local. Leur participation aux instances décisionnelles est une valeur ajoutée pour l'ASSS.

Par ailleurs, les représentants des associations régionales de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale estiment que peu d'ententes ont été conclues avec les CSSS afin de diriger les membres des familles vers leurs services de soutien et d'accompagnement.

Quant à la participation des familles et des proches lors de la dispensation des soins, il y a encore du travail à faire, afin que des collaborations plus significatives s'installent avec les équipes soignantes. En effet, la notion de confidentialité freine encore beaucoup le rapprochement entre les équipes soignantes et les familles. Le moment des rencontres peut aussi faire obstacle à la participation, du moins dans le jour, lorsque la personne est en situation d'emploi.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Les opinions des partenaires nationaux divergent quant au degré d'implantation de la mesure du PASM concernant le partenariat. Cependant, la majorité des interlocuteurs disent être au

courant des actions menées par le MSSS et ses partenaires, afin de favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et celle de leurs proches dans les structures de décision. Selon eux, les efforts déployés doivent se poursuivre.

Plusieurs des interlocuteurs considèrent également que la formation des usagers, ainsi que le respect de leur capacité d'intégration constitue un gage de succès quant à leur participation aux différentes instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux.

### **1.3 En résumé**

Le PASM a contribué à rehausser la participation des personnes utilisatrices de services. Leur contribution est considérée comme un incontournable et souvent leur implication a des retombées positives sur l'organisation régionale des services en santé mentale. Cependant, en certains endroits, la participation des utilisateurs aux instances décisionnelles demeure encore difficile. L'implication des proches dépend surtout de la volonté des milieux à vouloir travailler ensemble.



## 2. Information et sensibilisation en santé mentale

### 2.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale

Cette mesure du PASM a comme objectif de réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale. Les mesures nationales ont fait en sorte qu'au cours de l'année 2005-2006, le MSSS a réalisé 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. Des mesures locales stipulaient que dès 2006-2007 et 2007-2008, les CSSS réaliseraient une campagne locale d'éducation en adaptant le thème national diffusé en 2005-2006.

### 2.2 L'état d'implantation

#### Sur le plan national

Au palier national, le MSSS a réalisé une campagne gouvernementale d'information et de sensibilisation sur la maladie mentale qui s'est déployée en quatre phases depuis 2007.

La dépression est la maladie mentale la plus répandue au Québec et les préjugés entourant cette maladie sont nombreux. C'est pourquoi la première année de la campagne portait sur la dépression, afin de susciter une première prise de conscience sur la maladie mentale au sein de la population. La dépression allait donc permettre d'élargir les sujets traitant de la santé mentale lors des années subséquentes de la campagne. La campagne se déployait à la télévision, à la radio, dans les médias écrits par le biais d'un site Internet et par affichage.

En 2007, la première phase de la campagne était sous le thème *Combattre les préjugés sur la dépression*. En 2008, la deuxième phase de la campagne a été lancée sous le thème *Mettons fin aux préjugés sur la dépression*. Elle abordait la dépression sous un angle nouveau. Le message était alors que la dépression est une maladie dont n'importe qui pouvait souffrir. La campagne déployée à la télévision, à la radio, sur le site Internet et par affichage jouait d'émotion sur une gamme de préjugés couramment véhiculée sur la dépression.

En octobre 2009, la troisième phase de la campagne était lancée et avait comme thème : *La dépression est une maladie, personne n'est à l'abri*. Cette troisième campagne comportait des messages télévisés et radiophoniques. En plus des messages publicitaires, elle comportait également un volet imprimé dans plusieurs magazines ainsi qu'un volet Internet.

En 2010, le MSSS a poursuivi son action en faveur d'un changement de perception et d'attitude de la société québécoise à l'égard de la maladie mentale en lançant une quatrième phase de sa campagne annuelle de sensibilisation à la maladie mentale. Le thème de la campagne était *La dépression, ça peut arriver dans une vie. C'est une maladie*. Un message radiophonique d'une durée de trente secondes était alors diffusé sur les ondes des principales stations francophones et anglophones.

#### Aux plans régional et local

Selon les interlocuteurs régionaux, les campagnes d'information et la production de matériel informationnel par le MSSS demeurent des moyens adéquats pour soutenir les acteurs régionaux ou locaux dans leurs activités communicationnelles.

Les consultations ont permis d'apprendre que quelques agences ont soutenu financièrement des initiatives locales visant à informer et à sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale. Mentionnons, par exemple, l'ASSS du Bas-Saint-Laurent qui a financé l'organisme La Traversée du Kamouraska afin qu'il produise des capsules radiophoniques portant sur les préjugés et les tabous en santé mentale. Ces capsules sont toujours en diffusion.

Par ailleurs, plusieurs CSSS, en collaboration avec les organismes communautaires, organisent différentes activités (colloques, kiosques, conférences) qui se déroulent principalement durant la semaine de la santé mentale ou la semaine de la prévention du suicide. Soulignons que le ROBMS en Mauricie-Centre-du-Québec a élaboré un plan de communication avec deux CSSS pour contrer la stigmatisation et a ouvert un site Internet sur la déstigmatisation. De plus, d'autres acteurs organisent des conférences sur le sujet, comme par exemple les associations régionales des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale et le réseau québécois de l'Association canadienne de la santé mentale.

Cependant, quelques CSSS ont utilisé le matériel provincial avec leurs partenaires de leur réseau local. Le principal obstacle à la réalisation de campagnes locales est le peu de disponibilités financières et humaines. Les interlocuteurs rappellent également qu'il y aurait lieu d'améliorer leur participation dans la conception et la mise en œuvre de ces interventions de sensibilisation, afin de mieux les adapter régionalement.

### **2.3 Les retombées des campagnes d'information**

La campagne d'information du MSSS, à l'origine prévue pour une année, a été reconduite à chaque année. D'ailleurs, la pratique démontre que l'efficacité de telles campagnes est plus grande lorsque celles-ci s'ancrent dans les préoccupations des gens et qu'elles sont maintenues dans le temps. Ces campagnes d'information ont fait l'objet d'une évaluation annuelle par sondage téléphonique et par groupes de discussion effectués par la firme SOM.

#### **Les sondages de 2007 et de 2008**

Un premier sondage de la firme SOM, en 2007, révélait que la population reconnaît largement le caractère biologique de la dépression et qu'elle n'est pas le résultat d'une quelconque faiblesse psychologique.

Par ailleurs, il dévoilait clairement la présence de stigmatisation vis-à-vis des personnes souffrant de dépression. Plus du tiers des répondants exprimait alors comme menaçant le fait qu'il y ait dans leur voisinage une personne traitée pour une dépression. De plus, les trois quarts des répondants étaient d'avis qu'on laisse trop facilement sortir des hôpitaux les personnes atteintes de maladies mentales. Toutefois, de moins en moins de gens croient que les personnes en congé de maladie à la suite d'une dépression soient en fait des abuseurs qui profitent du système.

Toujours selon le sondage SOM, le message véhiculé par la publicité télévisée a été bien saisi et a fait l'objet d'une notoriété élevée. On comprend que la personne dépressive est l'objet de préjugés, qu'il faille la respecter, que la dépression en soi est mal vue. Par contre, il y a encore près de 20 % des personnes interrogées qui n'ont pas compris ce message et qui demeurent avec des idées fausses et négatives à l'égard des personnes souffrant de dépression.

La publicité radio a connu une notoriété moindre, mais son message s'est quand même avéré efficace. Les répondants au sondage croient que la personne dépressive fait injustement l'objet de préjugés, on en retient que la dépression est une maladie, et même qu'on doit consulter si on en présente les symptômes.

En 2008, les résultats du sondage SOM concluaient que plus de répondants (83 %) ne percevaient pas la dépression comme une maladie mentale, mais plutôt comme une fragilité de la personnalité. Par ailleurs, 68 % estimaient qu'elle provient d'un mauvais fonctionnement du cerveau, alors que 40 % croyaient qu'elle tire ses origines d'un manque de discipline.

Par ailleurs, les résultats du sondage de 2008 indiquent que les personnes interrogées considèrent que la consultation d'un médecin ou d'un psychothérapeute et la pratique régulière du sport sont des solutions appropriées pour se sortir d'une dépression.

### **Les sondages de 2009 et de 2010**

Le sondage SOM en 2009 indique un taux de pénétration de 82 %. La campagne sur la dépression semble avoir eu un impact sur les indicateurs d'attitudes et de comportements. Par ailleurs, en janvier 2009, la firme SOM évaluait que la campagne avait atteint son principal objectif et combattu le préjugé voulant que les personnes dépressives soient généralement des perdantes au sein de la société. En outre, elle concluait que certaines perceptions s'étaient améliorées, dont quelques-unes étaient imputables à la campagne sur la dépression. Par exemple, le préjugé voulant que les gens incompetents fassent des dépressions plus souvent que les autres (baisse de 43 % à 24 %) ou encore que les personnes en dépression représentent un sujet d'inquiétude pour leur voisinage (baisse de 57 % à 51 %).

Le sondage 2009 de SOM indique qu'à peine la moitié des répondants pensent qu'on peut dire, à un certain moment, qu'une personne atteinte de dépression est guérie. Selon SOM, ceci n'est pas étranger au fait que 79 % des Québécois pensent que les personnes souffrant de dépression sont des personnes ayant des personnalités fragiles face aux problèmes de la vie. De plus, 82 % des Québécois ne croient pas qu'un individu qui a souffert d'une dépression est guéri même s'il prend des médicaments pour la prévenir et, enfin, 62 % des Québécois estiment que se rétablir d'une dépression n'est pas synonyme de guérison. Selon le même sondage, les répondants se souviennent davantage de l'annonce à la télévision que les autres, cependant, sans pouvoir la décrire clairement ou correctement. D'après SOM, cela est peut-être attribuable au fait que la dépression est fortement médiatisée, ce qui peut avoir causé de la confusion chez les répondants avec d'autres publicités, incluant celles de quelques campagnes antérieures assez fortes. Par contre, le message *La dépression menace 10 personnes sur 10* a été clairement perçu par les répondants au sondage.

Par ailleurs, l'évaluation de la campagne de 2010, qui était de plus courte durée et qui ne comportait qu'un volet radiophonique, conclut que celle-ci n'est pas parvenue à modifier les attitudes préjudiciables autant que ce qui avait été observé à la fin de la campagne précédente qui était télédiffusée. Selon SOM, une des hypothèses, soutenue par des publications scientifiques, serait que les stratégies cognitives (on va leur expliquer, alors ils comprendront et ils changeront) seraient moins efficaces qu'une approche faisant appel aux émotions et à l'empathie.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Les partenaires nationaux apprécient les retombées positives des campagnes de publicité qui aident à la diminution de la stigmatisation liée à la dépression. La majorité mentionne que des campagnes similaires auraient leur place pour les autres pathologies telles que la schizophrénie et la maladie bipolaire puisque ces dernières correspondent aux stéréotypes de la folie et de la peur.

## **2.4 En résumé**

Les interlocuteurs rencontrés lors des consultations estiment que les campagnes d'information et la production de matériel informationnel par le MSSS constituent des moyens adéquats pour soutenir les acteurs régionaux ou locaux dans leurs activités communicationnelles. Les résultats des sondages de la firme SOM indiquent que les taux d'exposition des campagnes d'information ont été très satisfaisants au cours des années, soit entre 78 % et 82 %.

En janvier 2009, ces résultats montraient que la campagne avait atteint son principal objectif et concluait que plusieurs perceptions s'étaient améliorées, notamment celle voulant que les personnes dépressives soient généralement des perdants au sein de la société ou encore que les personnes en dépression représentent une menace pour la société.

Par contre, l'évaluation de la campagne radiophonique de 2010 a permis de constater que celle-ci n'est pas parvenue à modifier les attitudes préjudiciables autant que lors de la première phase de la campagne qui était télévisuelle. Cependant, aux plans régional et local, il y a peu d'activités déployées dans ce domaine.

### **3. Services courants (médicaux et psychosociaux)**

#### **3.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

Cette mesure du PASM a comme objectif d'assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin. Les mesures locales demandaient aux CSSS d'établir des mécanismes de passage fluides des services courants vers les équipes de santé mentale de première ligne et vice versa, et ce, afin d'assurer un traitement en première ligne pour toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se présentent dans les services généraux.

#### **3.2 L'état d'implantation**

L'état d'implantation de cette mesure varie d'une région à l'autre et d'un CSSS à l'autre. En plusieurs endroits, les modalités d'accès sont bien définies, les trajectoires de services sont claires, le partage des responsabilités est respecté et les changements de pratique ont été bien intégrés. Par contre, dans plusieurs autres endroits, il y a encore du travail de coordination à faire entre les différents secteurs de services des CSSS. Règle générale, dans les endroits où un guichet de santé mentale a été implanté, l'arrimage entre les services psychosociaux généraux et les services de santé mentale se fait bien. Il en va de même dans les petits milieux où la collaboration est facilitée par la proximité des équipes, puisque ce sont souvent les mêmes intervenants qui agissent dans les deux secteurs.

Outre la mise en place du guichet d'accès en santé mentale et son bon fonctionnement, la consultation a permis d'identifier plusieurs autres conditions de réussite à la mise en place d'un passage fluide entre les services médicaux, psychosociaux et les services de santé mentale, tel qu'une compréhension commune de la hiérarchisation des services, des trajectoires de services bien structurées, une liaison fonctionnelle effectuée par des infirmiers et des travailleurs sociaux, un service de triage adéquat de la clientèle et une bonne connaissance de l'offre des services par la population et les médecins. Certaines ASSS ont aussi élaboré des cadres de référence et entamé des travaux afin d'améliorer la fluidité de leurs services.

Hormis le manque de coordination entre les services des CSSS, les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de la consultation ont également rapporté certains obstacles à la fluidité des services. Ils ont mentionnée, entre autres, le roulement du personnel, l'absence de médecin afin d'assurer le transfert entre les lignes de services, les délais de prise en charge après l'évaluation à l'urgence ou à l'accueil au CSSS, le manque d'information sur les services et leurs modalités d'accès. La prise en charge de personnes avec des problèmes complexes, comme les troubles de personnalité limite, pose également des difficultés en termes de fluidité de services.

Lors des consultations, la fluidité des services a quelques fois été interprétée de différentes façons. Pour certains, elle englobe la hiérarchisation des services de première et de deuxième ligne, pour d'autres elle fait référence à la collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires.

### **3.3 En résumé**

La mise en place des guichets d'accès en santé mentale a grandement favorisé la fluidité du passage des services médicaux et psychosociaux aux services de santé mentale au sein des CSSS. Cependant, il y a encore du travail de clarification à faire en certains endroits par rapport aux modalités de fonctionnement entre les services de première ligne en santé mentale, les autres services offerts par les CSSS, les médecins de famille et les ressources alternatives.

## **4. Services de crise**

### **4.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

En ce qui concerne les services de crise, l'objectif du PASM est de rappeler la nécessité de rendre accessible les services d'intervention de crise 24 heures/7 jours semaine à toute la population. Ces services comprennent l'intervention téléphonique de crise, le service mobile « face à face », l'hébergement de crise, le suivi à court terme et l'urgence hospitalière.

Les mesures régionales indiquaient que les ASSS devaient consolider la gamme de services de crise et s'assurer que ces services soient accessibles à la population de tous les territoires locaux de leur région.

Les mesures locales indiquaient quant à elles que les CSSS devaient établir 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 en psychiatrie. De plus, les CSSS devaient fournir à la population de leur territoire un numéro de téléphone pour accéder à des services de crise en tout temps.

Les cibles sur le plan régional étaient d'offrir un service d'intervention de crise accessible sur tout le territoire québécois d'ici trois ans, et sur le plan local, de permettre le passage d'un type de service de crise à un autre (1<sup>re</sup> ligne, 2<sup>e</sup> ligne) à l'intérieur de cinq jours.

### **4.2 L'état d'implantation**

Il y a seize (16) Services communautaires d'intervention de crise au Québec qui couvrent la gamme de services inscrite au PASM, exception faite de l'urgence hospitalière. Ils sont localisés dans le Bas-Saint-Laurent (N = 2), la Capitale-Nationale (N = 2), Montréal (N = 5) (cette région a aussi mis en place deux projets de centres de crise appartenant au réseau de la santé et des services sociaux), l'Outaouais (N = 1), Laval (N = 1), Lanaudière (N = 1), Laurentides (N = 1) et la Montérégie (N = 3) qui possède également un centre appartenant au réseau public.

Dans les régions où il n'y a pas de services communautaires d'intervention de crise, il y a une grande variabilité dans l'organisation des services d'intervention de crise, que ce soit par rapport aux différents éléments de la gamme de services ou par rapport à la couverture territoriale pour ces services. Même s'il y a des services d'intervention de crise partout au Québec, la gamme de services décrite au PASM n'est pas complètement implantée en certains endroits. Souvent, l'hébergement de crise et le service mobile en face à face y sont encore soit en développement ou soit en consolidation.

### **Une grande diversité dans l'organisation régionale des services**

Chaque région a développé une expertise particulière en ce qui concerne l'intervention de crise et s'est approprié les différents éléments de la gamme de services en fonction de ses capacités et de ses contraintes en termes d'organisation des services. Cet éventail est très large. Dans certaines régions, il n'y a que la réponse téléphonique et l'urgence hospitalière alors que la gamme de services se retrouve au complet dans d'autres régions.

En fait, cet éventail est tellement large qu'il n'a pas été possible de définir de modèles généraux d'organisation de services. Ils seront présentés région par région, ce qui permettra de présenter un portrait assez exhaustif de l'organisation des services à la grandeur du Québec.

Dans le Bas-Saint-Laurent, la gamme de services est implantée partiellement et varie selon les territoires de CSSS. Le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent assure l'intervention téléphonique de crise et de l'hébergement pour le secteur est de la région tandis que l'organisme La Bouffée d'air frais couvre le secteur ouest de la région. Il y a dix-huit (18) places d'hébergement de crise sur le territoire et l'intervention mobile est disponible dans cinq (5) CSSS sur huit (8). Le service de suivi à court terme était implanté au moment de la consultation. Les urgences hospitalières font face à un problème d'équipements et aucun lit de dégrisement n'est disponible.

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, la gamme de services est implantée. Le service Info-Santé et Info-Social sert de ligne de crise 24/7. Dans certains territoires de CSSS, les intervenants de crise sont les mêmes que ceux de l'accueil-évaluation-orientation-référence (AEOR). Les services mobiles de crise sont accessibles 24/7 et assumés par les CSSS. Les six RLS ont accès à des lits de crise. De plus, de nombreux protocoles et/ou ententes de collaboration ont été conclu entre les CSSS et les différents partenaires impliqués (organismes mandataires de l'hébergement en situation de crise, Tel-Aide, CPS-02, policiers, etc.).

Dans la région de la Capitale-Nationale, la gamme est implantée et assumée principalement par des organismes communautaires tels que le Centre de crise de Québec, Pech et les trois Centres de prévention du suicide. Le service mobile d'intervention de crise est accessible sur tous les territoires. De plus, il y a un comité régional de coordination des services de crise, afin d'assurer la liaison et le réseautage. Cependant, les réalités géographiques des sous-régions périphériques entraînent des difficultés nécessitant une coordination des services

En Mauricie-Centre-du-Québec, la gamme de services complète est offerte à la population. Des travaux sont en cours afin d'effectuer le déploiement 24/7 de l'offre de services du volet social du service régional Info-Santé et Info-Social. Plusieurs sujets permettant l'optimisation des services de crise y seront abordés. Il n'y a pas de centre d'intervention de crise, les services d'hébergement sont assurés par les CSSS qui établissent des ententes avec des organismes communautaires

En Estrie, l'intervention de crise se fait principalement à l'urgence du centre hospitalier. Il y a une ligne téléphonique régionale, Urgences-Détresse, qui est soutenue par celle du Centre de prévention du suicide JEVI. Il n'y a pas d'hébergement de crise, mais des places de retrait servent de dépannage.

À Montréal, deux ententes de collaboration, sur une possibilité de sept (7) territoires, ont été établies, d'une part entre le CSSS de l'Ouest-de-l'Île et le Centre de crise de l'ouest de Montréal, et d'autre part entre le CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord et l'Association Iris, en plus des différents services communautaires d'intervention de crise présents sur le territoire. Suicide Action Montréal vient appuyer ces ressources. Cependant, la consolidation des services passe par une plus grande concertation des partenaires.

Dans l'Outaouais, la gamme est implantée en milieu urbain par le Centre d'aide 24/7. En milieu rural, l'AEOR des CSSS se déplacent de jour seulement, une garde psychosociale 24/7 est assurée dans certains CSSS, ainsi qu'un lien téléphonique par cellulaire. Les ententes régionales sont en révision, sous la supervision d'un coordonnateur régional des services d'intervention de crise.

En Abitibi-Témiscamingue, l'urgence hospitalière et la ligne téléphonique 911 constituent la porte d'entrée pour l'intervention de crise. Il y a des ententes entre certains CSSS, comme celui de la Vallée de l'Or, les urgences et les organismes communautaires. L'unité interne de psychiatrie à Amos est également un partenaire actif. Des unités de crise mobiles sont

souhaitables selon les interlocuteurs rencontrés. De plus, les modalités de la garde psychosociale sont en révision. Ailleurs en région, la réponse est surtout téléphonique et même hors province pour les gens résidant près de l'Ontario.

Sur la Côte-Nord, il y a des arrimages entre les CSSS, Info-Social et le Centre d'intervention et de prévention du suicide de la Côte-Nord. Il y a de l'hébergement et des services mobiles. Cependant, la trajectoire de services n'est pas optimale, les équipes des CSSS sont réduites et le territoire est grand.

Dans le Nord-du-Québec, les intervenants de première ligne font un peu de tout, avec le soutien de la ligne Info-Social, celle d'Info-Santé et les urgences hospitalières. Les CSSS assurent les services mobiles et la garde sociale, l'urgence fait aussi de l'hébergement

Dans la Gaspésie et aux Iles-de-la-Madeleine, l'urgence sert aussi de porte d'entrée, avec la ligne Info-Santé et celle du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent. Des répondants sont de garde sur une base 24/7 sur tous les territoires, ils répondent aux urgences sociales et peuvent se déplacer pour des rencontres en personne lorsque requis. Cependant, les territoires sont immenses sur le plan géographique et les délais de transport en sont affectés. Les ententes entre les CSSS et les organismes communautaires quant à l'occupation des lits de crise demandent à être clarifiées et les réflexions se poursuivent à cet égard.

En Chaudière-Appalaches, la gamme de services est complète. La ligne régionale Urgences-Détresse et Info-Santé assurent la réponse téléphonique. Une ligne est également dédiée aux partenaires. Le service mobile de crise est assuré par les CSSS en lien avec les organismes communautaires pour l'hébergement.

À Laval, la municipalité assure la réponse téléphonique par le biais de ses urgences sociales et le service de crise l'Îlot prend en charge le reste de la gamme de services. Les services d'intervention de crise y sont complets et bien intégrés.

Dans Lanaudière, la gamme de services est partiellement implantée. L'AEOR des CSSS, la ligne Info-Santé ainsi que le CPS assurent la réponse téléphonique. Un numéro de téléphone est également dédié aux policiers. Les Services de crise de Lanaudière assure l'hébergement communautaire de crise dans deux installations de huit (8) places chacune. Une équipe régionale assure le service mobile « face-à-face » la nuit, les fins de semaine et les congés fériés. Le service mobile de crise de jour n'est pas consolidé. La région ne dispose pas de lits de dégrisement.

Dans les Laurentides, les services de la gamme sont encore incomplets. Un organisme communautaire assure l'hébergement et des intervenants sont affectés aux urgences. Le Centre de prévention du suicide assure la réponse téléphonique de crise en région.

En Montérégie, il y a une ligne téléphonique régionale en plus du 1-866-APPELLE. Il y a trois (3) centres communautaires d'intervention de crise, qui font aussi de la prévention du suicide, en plus du CSSS Pierre Boucher qui a son propre centre de crise, de même que trois (3) centres de prévention du suicide. Il y a quelques lits de crise répartis inégalement sur le territoire, mais peu de services mobiles. La région est en train de consolider ses services.

Au Nunavik, une aide ponctuelle de courte durée est fournie par les deux centres de santé. Le centre de crise régional situé à Puvirnituq possède cinq (5) lits d'hébergement. Un autre projet est en préparation dans la Baie d'Ungava. L'isolement des communautés, les distances et le transport constituent des obstacles de taille en ce qui concerne l'hébergement et l'intervention de crise ailleurs sur le territoire.

## **Des défis quant à l'organisation de services**

Selon les interlocuteurs rencontrés, plusieurs difficultés sont reliées à l'hébergement temporaire de la clientèle des services de crise. Il y a de plus en plus de demandes et elles sont plus complexes, notamment chez les personnes ayant des troubles concomitants de dépendances et de santé mentale.

Il y aurait également des clientèles qui demandent de services mieux adaptés, comme les personnes âgées en attente d'évaluation ayant un problème de santé mentale, les personnes handicapées, les autochtones et les jeunes. Il faudrait tenir compte également des situations de crise vécues par les proches eux-mêmes.

En quelques endroits, l'accès aux services de crise serait également difficile puisqu'ils seraient uniquement accessibles sur la référence d'un intervenant. Ailleurs, ils se limitent à la clientèle déjà prise en charge par un organisme. Cet accès est d'autant plus compliqué dans les petites communautés où les intervenants ont des liens familiaux et proximaux avec le reste de la population. En effet, en plus des problèmes de confidentialité et d'anonymat, ceux-ci sont souvent impliqués, malgré eux, dans des situations inextricables.

La question du transport en région est également critique. L'intervention de crise peut prendre quelques heures à débiter compte tenu des distances. Par ailleurs, les transports publics, peu présents, ne peuvent pas accommoder une clientèle en crise.

Plusieurs commentaires ont été adressés par certains organismes communautaires à la ligne Info-Social quant à sa capacité à répondre adéquatement à la crise. Selon eux, au lieu de tenir compte des particularités territoriales en bonifiant l'offre de services en intervention de crise, le modèle uniforme de la ligne viendrait dédoubler des services téléphoniques régionaux de crise qui sont déjà fonctionnels.

Il y a encore une certaine insatisfaction de la part des utilisateurs et de leurs proches quant à l'urgence en milieu hospitalier. Elle porte sur l'exiguïté des lieux, la mixité des clientèles, certaines pratiques cliniques coercitives, les délais à toutes les étapes de l'hospitalisation, le port obligatoire des jaquettes et l'absence de douches. L'expérience des urgences peut donc devenir aversive. Le tout couplé à un sentiment d'iniquité par rapport au traitement réservé aux autres clientèles de l'urgence.

En ce qui concerne le service mobile « face à face », plusieurs CSSS disent offrir de l'intervention de crise mobile. Cependant, il faudrait effectuer une recherche plus poussée sur les types d'interventions et leur fréquence pour pouvoir tracer un portrait exact de la situation.

En termes de main-d'œuvre, la principale difficulté rencontrée par les Services Communautaires d'Intervention de Crise au Québec réside dans le recrutement, la rétention et le traitement salarial équitable de leur personnel professionnel, comparativement à celui du réseau de la santé et des services sociaux. Ce qui fait qu'en plusieurs endroits, ils ont souvent de la difficulté à répondre aux demandes et aux références par manque de personnel.

## **Quelques pistes de solutions intéressantes**

Les difficultés d'arrimage et de concertation en certains endroits sur le terrain ne sont pas laissées sans réponse. En effet, il y a révision des ententes de collaboration et, comme dans le Bas-Saint-Laurent, élaboration de balises régionales et d'un cadre de référence, notamment en ce qui concerne le suivi étroit des clientèles. Il arrive également que ces efforts ne soient pas suffisants, alors les ASSS financent l'optimisation de leurs services.

De plus, selon les régions, l'ajout de lits de dégrisement pourrait s'avérer utile pour la clientèle aux prises à la fois avec des troubles mentaux et des troubles de dépendances, ce qui éviterait possiblement des engorgements à l'urgence et favoriserait éventuellement une meilleure prise en charge de la clientèle.

La mise en place d'une équipe d'aide et de traitement bref et intensif par le CSSS de Gatineau semble prometteuse en termes de retombées. La présence d'intervenants sociaux ou d'infirmières à l'urgence hospitalière, comme en Montérégie et à Saint-Jérôme dans les Laurentides contribuerait à diminuer les hospitalisations.

Il serait souhaitable de mieux faire connaître les services d'intervention de crise auprès de la population et des institutions publiques. Il y a quelques initiatives intéressantes, comme dans l'Outaouais, où ont été mises en place des sessions de formation visant à sensibiliser le personnel de la Commission de la santé et de la sécurité au travail par rapport à la crise et la crise suicidaire. Cependant, en plusieurs endroits, il y a ambivalence à ce sujet, puisqu'il est difficile avec les ressources disponibles d'absorber un accroissement de la demande.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Le Regroupement des Services Communautaires d'Intervention de Crise du Québec (RESCIC) considère que la mission de couverture complète (24 heures sur 24, 7 jours par semaine) de ses organismes devient difficile à maintenir, compte tenu d'un manque de ressources humaines et financières, et de la migration de leurs intervenants vers les CSSS et de l'application de la Loi 21, pour ne citer que celles-là.

Le Regroupement a aussi rappelé que l'optimisation des services d'intervention de crise est en soi prometteuse, puisqu'il s'agit d'un service de première ligne établi au sein de la communauté, travaillant en aval et en amont, ce qui contribue à éviter l'engorgement des urgences. D'autres partenaires nationaux ont souligné non seulement la fragilité des services de crise, mais également certaines disparités régionales de fonctionnement.

### **4.3 En résumé**

Les services d'intervention de crise sont disponibles à la grandeur du Québec. Cependant, la gamme de services décrite au PASM n'est pas encore implantée complètement en plusieurs endroits, et cela nous semble plus complexe à installer dans les régions périphériques. Selon certaines personnes rencontrées lors des consultations, les difficultés vécues sur le terrain étaient en croissance. L'hébergement de crise et le service mobile « face à face » sont les éléments de la gamme de services qui requièrent le plus d'attention. Certaines ASSS, avec la mise en place du service Info Social, révisaient leur offre de services d'intervention de crise lors de la consultation.



## **5. Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne**

### **5.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

En ce qui concerne les jeunes ayant un trouble mental, l'objectif du PASM est d'évaluer et de traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne. Les mesures locales, dès l'année 2005-2006, demandaient aux CSSS de mettre en place un guichet d'accès aux services de traitement de première et de deuxième ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental dans les territoires de 50 000 personnes et plus de population et d'offrir les services d'une équipe de traitement de première ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.

Les cibles sur le plan régional étaient d'offrir les services d'un pédopsychiatre répondant par 50 000 habitants. Sur le plan local, elles étaient de réduire de 30 % la liste d'attente en pédopsychiatrie, de répondre à l'intérieur de sept jours à l'intervenant ayant dirigé l'enfant ou le jeune vers les services de première ligne et de donner accès à un traitement à l'intérieur d'un mois.

### **5.2 L'état d'implantation**

Les services de première ligne à offrir en santé mentale jeunesse devaient inclure l'évaluation, le triage, l'orientation et le traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.

Les guichets d'accès en santé mentale jeunesse constituent la porte d'entrée aux services. Les équipes en santé mentale jeunesse garantissent l'accessibilité à l'intérieur du réseau local de services, ils contribuent à la continuité des services en santé mentale et assurent le lien avec les services spécialisés. Ils jouent donc un rôle déterminant dans la hiérarchisation des services.

Lors des consultations du MSSS, treize régions (N = 13) avaient procédé à la mise en place de guichets d'accès santé mentale jeunesse auprès de populations de plus de 50 000 habitants et onze (N = 11) régions avaient mis en place des équipes de traitement de première ligne en santé mentale jeunesse.

Près de la moitié des régions n'ont pu fournir d'information concernant la réponse à l'intérieur de sept jours à l'intervenant ayant dirigé l'enfant ou le jeune vers les services de première ligne ainsi que sur l'accès à un traitement à l'intérieur d'un mois. En ce qui a trait aux autres régions, les interlocuteurs ont mentionné que la réponse à l'intérieur de sept jours est en général effectuée dans les délais requis. Cependant, des retards existeraient dans certains CSSS quant à l'accès à un traitement à l'intérieur d'un mois.

#### **La mise en place des guichets d'accès**

Les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que celle de la Montérégie ont implanté dans chaque CSSS un guichet d'accès santé mentale jeunesse, sans égard au nombre d'habitants sur leur territoire. Au CSSS de Gatineau, un guichet d'accès aux services de santé mentale pour les jeunes a été implanté en septembre 2008.

En ce qui concerne le reste du Québec, les régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que les CSSS à densité de population de moins de 50 000 habitants, l'accès aux services se fait par le biais des services de l'AEOR. Cependant, le

déploiement complet des guichets d'accès connaîtrait certaines lenteurs en certains endroits. Quant à la région du Nunavik, la clientèle jeunesse est desservie par des agents cliniques et des intervenants inuits.

### **Les équipes de traitement**

Les équipes de traitement de première ligne en santé mentale jeunesse possèdent une grande expertise et des ressources diversifiées qui travaillent en interdisciplinarité. Ces équipes reposent sur un financement non récurrent de la Stratégie d'action jeunesse du gouvernement du Québec. Les consultations indiquent qu'elles sont présentes dans plus de onze (N = 11) régions. Comme pour les guichets d'accès, dans les régions où les équipes ne sont pas encore en place, les services de traitement de première ligne sont offerts par le biais des services du secteur AEOR. Cependant, contrairement aux services aux adultes, on compte moins sur le soutien complémentaire des organismes communautaires

### **La présence des services de pédopsychiatrie**

Les consultations rapportent que la majorité des équipes de première ligne ainsi que les médecins de famille bénéficient du soutien des services de pédopsychiatrie. Que ce soit sous forme d'activités de soutien clinique, de supervision, de discussions, de collaboration à la consultation, leur présence est appréciée et souhaitée.

Par ailleurs, la formule du Médecin spécialiste répondant en pédopsychiatrie (MSRP), mieux connu sous l'appellation « pédopsychiatre répondant », n'est pas très répandue. Le Bas-Saint-Laurent comptait sur la présence de trois pédopsychiatres répondants lors de la consultation. Les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et de la Côte-Nord ont mentionné bénéficier de services organisés de pédopsychiatres répondants pour quelques établissements. Les régions du Nord-du-Québec sont visitées par des pédopsychiatres quatre fois par année, et ce, dans certaines communautés. À cet effet, le réseau local de services fonde plusieurs espoirs sur l'entente intervenue en novembre 2009 entre la Fédération des médecins spécialistes et le MSSS pour la signature d'ententes pour le MSRP.

### **Des défis quant à l'organisation des services**

En ce qui a trait à l'organisation des services, plusieurs commentaires et constats ont été énoncés lors des consultations. Dans plusieurs régions, les services de première ligne et de deuxième ligne sont à consolider, ainsi que leur arrimage. Le fonctionnement des guichets d'accès et des équipes de santé mentale jeunesse n'est pas complètement optimal non plus. Il faudrait également tenir compte de la situation d'un parent atteint lui-même de maladie mentale et dont la santé se détériore, ce qui rend plus difficile les services aux jeunes.

Le recrutement de professionnels tels que les psychologues et les travailleurs sociaux et le manque de médecins de famille dans les services de première ligne sont des difficultés rapportées presque partout. Les effectifs professionnels tant de la 1<sup>re</sup> ligne, de la 2<sup>e</sup> ligne que de la 3<sup>e</sup> ligne de services sont déficitaires dans plusieurs régions, ce qui aurait pour conséquence que certains médecins, afin de s'assurer de l'accès aux services, réfèrent directement la clientèle jeunesse aux services pédopsychiatriques.

### **Des actions régionales quant à l'organisation des services**

Les consultations ont permis de constater que les nouvelles orientations et les stratégies proposées par le PASM ont interpellé l'organisation des services de première ligne en santé mentale. À cet égard, certaines ASSS se sont dotés d'orientations régionales afin d'actualiser la mesure inscrite au PASM.

L'ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec publiait, dès 2006, un document composé d'orientations et de stratégies relatives aux services de santé mentale pour les jeunes de moins de 18 ans et leurs proches, accompagné d'un sommaire de mise en œuvre.

De son côté, la Direction des affaires médicales de l'ASSS de l'Outaouais a produit trois documents : *Orientations régionales en santé mentale pour les enfants et les jeunes 2007-2010*, *Plan d'action régional en santé mentale pour les enfants et les jeunes 2007-2010*, *Paramètres organisationnels régionaux en évaluation et traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental*.

Pour sa part, l'ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue a produit en 2009 un plan d'organisation régionale de services en pédopsychiatrie. Ce plan contient un modèle d'organisation composé d'éléments de changement de pratiques cliniques et organisationnelles qui visent la complémentarité entre établissements et l'autonomie de la région.

La Montérégie est une région également reconnue comme novatrice en ce qui concerne les services aux jeunes. En effet, en 2000, l'agence relevait le défi de mettre sur pied le projet *Grandir en santé mentale en Montérégie*. Ce projet constitue un modèle de réseau intégré pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale et vise à rendre les services accessibles, équitables et articulés de façon à favoriser l'utilisation optimale des expertises en place. Actuellement, avec la mise en place des guichets d'accès et des équipes de santé mentale de première ligne, des agents de liaison sont présents dans chaque établissement facilitant ainsi l'orientation du jeune et de sa famille. De plus, le Comité santé mentale jeunes a fait adopter en juin 2008 des lignes directrices concernant l'harmonisation de la pratique des psychologues en santé mentale jeunesse pour la première ligne de services.

L'ASSS de Lanaudière a procédé à une évaluation de l'implantation de ses services de première ligne en ligne santé mentale jeunesse en 2008. Cinq recommandations ont été identifiées par les auteurs, Elles touchent principalement le processus d'implantation, l'arrimage des services, les ressources humaines, l'encadrement, la coordination et la pratique professionnelle ainsi que l'approche clinique.

### **Des actions quant à l'amélioration de la prestation des services**

Certaines ASSS, en plus de revoir l'organisation de leurs services en santé mentale auprès des jeunes, se sont également engagées à améliorer la prestation des services.

Ainsi, l'ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, a soutenu la mise en place des mesures qui ont permis une amélioration de la capacité de la prise en charge des enfants et des jeunes souffrant de troubles mentaux. La mise en place d'un mécanisme de soutien clinique régional pour les intervenants de première ligne, l'implantation et la diffusion d'une trajectoire de services commune, la consolidation des équipes de première ligne, la présence d'une infirmière de liaison en deuxième ligne, des activités de formation et la présence d'une stratégie régionale visant à soutenir les meilleures pratiques en matière de Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité.

En Abitibi-Témiscamingue, un projet pilote est à l'essai dans certaines écoles du CSSS du Lac-Témiscamingue. Il s'agit du projet *Le Maillon* qui est un programme provincial visant à aider les élèves de la fin du primaire et du secondaire qui sont aux prises avec des problèmes psychologiques et qui ont des tendances suicidaires. Dans le cadre de ce projet, une personne-ressource, appelée « accompagnateur Maillon », offre des conseils aux jeunes confrontés à de graves problèmes. L'accompagnateur oriente aussi les jeunes vers les services de « counselling » offerts dans leur région, notamment par le biais d'une ligne Internet.

Il faut également souligner l'apport des « petites actions efficaces ». Par exemple, en Mauricie et Centre-du-Québec, certains intervenants revalident la pertinence de la trajectoire de services en recontactant les médecins qui ont référé des jeunes en deuxième ligne. Ils sont alors à même de constater que certains services peuvent être offerts en première ligne. En Chaudière-Appalaches, un aide-mémoire, accompagné d'une formation, soutient les intervenants de première ligne dans l'orientation de la clientèle 0-17 ans, en fonction des problèmes rencontrés. Dans la région de Laval, les interlocuteurs ont mentionné que leur plus grand nombre de références provient de la commission scolaire. Ils ont donc élaboré des trajectoires de services en y incluant ce partenaire. Les étapes de la préparation de la demande, de l'orientation et du suivi y sont prises en considération.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Certaines difficultés ont été notées dans la réponse aux besoins des enfants et des jeunes dans un délai raisonnable. D'après nos partenaires nationaux, il y aurait certaines difficultés concernant les délais d'attente pour une évaluation (même lorsqu'elle a été ordonnée par un juge), la complexité des trajectoires de services, la pénurie de pédopsychiatres et d'omnipraticiens, l'interruption des services pour le jeune qui atteint la majorité, l'instabilité et le manque d'expérience de certaines équipes de 1<sup>re</sup> ligne et les obstacles à la collaboration entre spécialistes.

### **5.3 En résumé**

Tel que spécifié dans le PASM, le réseau de la santé et des services sociaux s'est doté d'une structure d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement pour les jeunes ayant un trouble mental. Les guichets d'accès et les équipes en santé mentale jeunesse de première ligne sont en place presque partout, sauf dans certaines régions peu peuplées où n'existent que des modalités d'accès aux services, sans équipe dédiée en santé mentale.

Toutefois, le fonctionnement des guichets d'accès et des équipes de santé mentale jeunesse n'est pas optimal. Des efforts en termes de priorisation sont encore à fournir afin d'améliorer les différents arrimages entre les services de première et de deuxième ligne et les services spécialisés offerts par les établissements.

## **6. Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Organiser la hiérarchie des services**

### **6.1 Éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

La hiérarchisation des services a comme objectif de faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services et les prestataires de services grâce à des mécanismes de liaison. Trois niveaux de services sont reconnus et définis par le MSSS, soit les services généraux, les services spécialisés et les services surspécialisés. Cette hiérarchisation des services vise à assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée.

Au palier local, cette mesure inscrite au PASM visait à ce que les fournisseurs de services de deuxième ligne consolident les services de traitements spécialisés 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 de la population de chaque territoire local.

### **6.2 L'état d'implantation**

La mise en place de mécanismes de coordination, d'ententes de services, de corridors de services, la création de mécanismes de liaison et de transfert sont variables entre les régions et tributaires de la collaboration des différents prestataires de services. Des initiatives ont été entreprises dans certaines régions dans le but de mettre en place une hiérarchisation des services répondant aux besoins de leur population.

Dans la région du Bas-St-Laurent, l'ASSS a adopté en juin 2007 un plan régional des services médicaux généraux 2007-2010. Des travaux visaient à faciliter la prise en charge des clientèles vulnérables n'ayant pas de médecins de famille. Elle s'est entendue avec ses principaux partenaires sur une hiérarchisation des services en santé mentale pour les jeunes.

Dans la Capitale-Nationale, le centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), par le biais de cliniques interdisciplinaires spécialisées (TED, TDAH, troubles anxieux et alimentaires), assure le diagnostic et le traitement des jeunes.

En Estrie, la direction interdisciplinaire des services cliniques du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), révisait, en 2010, un document rédigé en 2008 : *Élaboration d'un continuum de soins et services au regard des projets cliniques des CSSS et des offres de services du CHUS*. Ce continuum de soins a doté l'ensemble des partenaires en santé mentale d'une vision commune et partagée. Trois conditions de réussite sont identifiées dont une qui touche spécialement la hiérarchisation des services à l'ensemble des clientèles.

À Montréal, l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne dédiée aux enfants et aux jeunes présentant un problème nécessitant une intervention des services de 2<sup>e</sup> ligne travaille en collaboration avec une infirmière de liaison et les oriente vers des centres hospitaliers partenaires identifiés pour chaque territoire de CSSS.

Dans la région de Chaudière Appalaches, le CSSS Alphonse Desjardins (Site hôpital) assure un rôle régional de support aux CSSS, aux équipes de 2<sup>e</sup> ligne des centres hospitaliers et auprès du centre jeunesse quant à l'offre de services en pédopsychiatrie. Les liens développés sont satisfaisants et il existe une bonne collaboration avec les équipes multidisciplinaires. L'Agence en collaboration avec ses partenaires (CSSS, CJ, CRDP, CRAT-CA, Portage) poursuit des travaux afin d'améliorer la trajectoire de services.

Dans la région de Laval, les trajectoires de services santé mentale jeunesse ont été définies et la création d'un poste d'agent de liaison en première ligne s'avère être un élément facilitant.

En Montérégie, un cadre de partage des problèmes cliniques santé mentale jeunes, famille-enfance- jeunesse, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne a été adopté en mars 2009 par le comité santé mentale jeunes et le réseau clinico-administratif jeunes Montérégie. Ce cadre traite de la détermination du niveau de services requis.

Dans les Laurentides, les jeunes référés pour une hospitalisation sont dirigés vers le CHU de Sainte-Justine. Des ententes ont été établies avec l'hôpital de St-Jérôme afin de définir l'offre de services entre les deux centres hospitaliers.

D'autres régions effectuent des travaux visant l'amélioration des trajectoires de services et leurs arrimages, tout en favorisant la signature d'ententes entre différentes organisations sur leur territoire.

### **Un certain nombre de défis**

Plusieurs régions ont fait état de difficultés principalement reliées à la consolidation des services, à l'accès et au cheminement de la clientèle à l'intérieur de la hiérarchisation des services.

Les trajectoires de services et les mécanismes d'accès sont encore peu connus des partenaires du réseau. Pour ceux dont les corridors de services et les trajectoires de services ont été bien identifiés, il reste des clarifications à faire en regard de la complémentarité de ces services.

Il a été également constaté lors des consultations que la liaison comme poste de fonction est encore peu présente dans l'ensemble des régions. Des délais d'attente sont parfois constatés avant d'avoir accès à une évaluation en deuxième ligne. Quant à l'accès aux services surspécialisés offerts par l'entremise des Réseaux universitaires intégrés de services, plusieurs régions constatent des difficultés à recevoir des réponses à leurs demandes.

Règle générale, dans les régions plus éloignées, les services régionaux sont peu utilisés, l'expertise reste à développer et l'arrimage entre les niveaux de services doit être consolidé.

### **6.3 En résumé**

Les régions cherchent à connaître les besoins de leur population et à développer une vision commune de l'intervention face aux particularités de leur clientèle. L'arrimage de tous les interlocuteurs de services n'est pas une mince tâche, la hiérarchisation des services est avant tout une affaire de partenariat. Certaines orientations semblent gagnantes, dont la liaison, le lien étroit avec le milieu scolaire, la présence d'un pédopsychiatre en première ligne, une trajectoire de services bien définie et le souci d'une continuité des services de santé mentale pour les jeunes vers les services aux adultes.

## **7. Les enfants et les jeunes ayant un trouble mental : Le soutien aux études**

### **7.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

La mesure nationale inscrite au Plan d'action en santé mentale avait comme objectif de mettre en place des mesures de soutien aux études. Elle recommandait que le MSSS amorce des travaux avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale 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. La cible quant à elle prévoyait accroître le nombre de jeunes ayant bénéficié de mesures particulières de soutien dans leurs études.

### **7.2 L'état d'implantation**

Le soutien aux études constitue un service d'intégration sociale prioritaire, le PASM en a tenu compte au même titre que l'intégration au travail. En 2003, Le Pavois, un organisme communautaire de la Capitale-Nationale, publiait, en collaboration avec la clinique Notre-Dame des Victoires du Centre hospitalier Robert-Giffard, une recherche-action portant sur le soutien scolaire des personnes ayant un trouble grave de santé mentale. Dix-sept (17) recommandations balisaient les pistes d'intervention et les orientations dans les secteurs de la santé et des services sociaux, dans celui de l'emploi et de la solidarité sociale et celui de l'éducation. Cette recherche démontrait l'effet positif du soutien aux études. Depuis la parution de cette étude, l'ASSS de la Capitale-Nationale finance l'équivalent d'un poste d'intervenant à temps complet, pour le soutien aux études, à l'organisme le Pavois.

Puis entre 2008 et 2010, le MSSS accordait un soutien financier à la ressource communautaire alternative Prise II dont la mission est, entre autres, de favoriser l'autonomie des personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'offrir les services éducatifs d'apprentissage permettant à la clientèle de développer, restaurer ou maintenir des habiletés physiques, émotionnelles ou sociales. Ce financement servit à rédiger un modèle intersectoriel de soutien aux études supérieures, de concevoir des ententes intersectorielles entre les acteurs concernés et de compléter l'inventaire de l'ensemble des besoins et des obstacles associés au cheminement des étudiants. En juin 2010, Prise II déposait son modèle intersectoriel de soutien aux études supérieures.

À l'automne 2010, la Direction des affaires étudiantes universitaires et collégiales du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) rendait disponible sur son site Internet, trois rapports abrégés faisant état des travaux, des recherches et des consultations à l'endroit des étudiantes et étudiants en situation de handicap au postsecondaire. Le premier de ces rapports trace un portrait de ces étudiants et des besoins émergents à l'enseignement postsecondaire, le deuxième rapport documente l'offre de services pour les étudiants ayant des troubles mentaux et le dernier traite de la situation des étudiants au collégial ayant un trouble d'apprentissage ou un trouble déficitaire de l'attention.

La publication de ces rapports avait pour objectif de susciter la mise en place d'un réseau de concertation des différentes instances touchées par les questions d'intégration, de persévérance et de réussite de ces étudiants et des clientèles émergentes à l'enseignement postsecondaire afin d'harmoniser les pratiques et de favoriser les transitions d'un milieu à un autre.

### **7.3 En résumé**

Les connaissances actuelles soulignent l'importance du soutien aux études et son impact positif pour les usagers, jeunes et adultes. Cependant, les résultats de la consultation démontrent l'importance de travailler en intersectorialité afin d'accroître le nombre de jeunes bénéficiant de mesures de soutien aux études

## **8. Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse**

### **8.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

Le PASM comporte un objectif qui concerne spécifiquement les enfants et les jeunes ayant un trouble mental qui sont sous la responsabilité des centres jeunesse (CJ). Cet objectif était d'achever la mise en place d'équipes de deuxième niveau.

Par ailleurs, une première mesure régionale visait à ce que les ASSS s'assurent de la mise en place d'équipes de deuxième niveau dans les CJ de tout le Québec. De plus, les ASSS devaient collaborer avec les centres jeunesse et faire l'analyse des services résidentiels utilisés en CJ par les jeunes ayant un trouble mental, selon les modalités standardisées convenues avec le MSSS. La cible prévue au plan d'action était de s'assurer de la présence d'équipes de deuxième niveau dans tous les CJ du Québec.

### **8.2 L'état d'implantation**

Le Québec compte seize (16) CJ répartis dans dix-huit (N = 18) régions administratives. La région de Montréal en compte deux (N = 2) tandis que la région régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James ne possèdent pas de CJ. Les services spécialisés de ces deux dernières régions sont rendus directement par des intervenants du milieu, par le centre hospitalier et par les CJ d'autres régions.

La consultation a permis de constater que tous les CJ sauf un (N = 15) comptent sur la présence d'une équipe de deuxième niveau qui propose une offre de services en santé mentale qui répond aux besoins des jeunes hébergés, qu'elle soit complète ou non.

La composition des équipes multidisciplinaires est variable. Seulement huit (N = 8) équipes sont multidisciplinaires puisqu'elles incluent la présence d'infirmières, de psychologues et de psycho-éducateurs. Les professionnels qui composent ces équipes peuvent, en certains endroits, compter sur l'appui externe d'un pédopsychiatre répondant, d'un conseiller clinique et d'un professionnel jouant le rôle d'un agent de liaison. Par ailleurs, huit (N = 8) CJ comptent sur la présence d'un médecin au sein de leurs équipes. Il y a trois (N = 3) régions, soit celle de Montréal, de la Montérégie et de la Capitale-Nationale qui détiennent plus d'une équipe multidisciplinaire de deuxième niveau dans un même CJ.

Par ailleurs, près de la moitié des régions (N = 7) sont en train de consolider leur offre de services en santé mentale pour les jeunes hébergés comme pour les jeunes suivis en famille d'accueil ou suivis en externe.

### **Le défi de l'amélioration des trajectoires de services**

Le cheminement d'un jeune dans le système hiérarchisé proposé par le PASM inclut dans sa trajectoire de services l'établissement qu'est le CJ et lui demande de faire appel aux services de première ligne offerts par les CSSS. Les consultations révèlent que les jeunes de 6 à 18 ans qui vivent en milieu naturel et en famille d'accueil, ainsi qu'en ressources intermédiaires dans certaines régions sont dirigés tel que prévu vers les CSSS et leurs services de première ligne.

Par contre, dans quelques CJ où les équipes multidisciplinaires sont en place et offrent des services d'évaluation et de suivi, les jeunes hébergés en unité de réadaptation et en foyers de groupe institutionnels bénéficient de corridors de services en lien avec les services de pédopsychiatrie en centre hospitalier.

La majorité des CJ ont procédé à l'élaboration d'ententes formelles afin d'effectuer la référence vers les services spécialisés, permettant ainsi que l'équipe de deuxième niveau du CJ réfère directement aux services de deuxième ligne en santé mentale. L'association des centres jeunesse, dans la publication de son document *Consultation sur le plan action santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Avis de l'Association des centres jeunesse du Québec*, souligne l'importance de ces ententes pour les jeunes qui sont hébergés en ressources institutionnelles, dans la mesure où une équipe de deuxième niveau dûment constituée est déjà impliquée auprès des jeunes.

Cependant, l'arrimage entre les équipes en santé mentale de première ligne des CSSS et les CJ varie d'une région à l'autre, tout comme l'accessibilité aux services de pédopsychiatrie pour les jeunes suivis en famille d'accueil et en externe.

### **Certains autres défis**

Les CJ font face à d'autres difficultés et défis bien identifiés par les interlocuteurs. Ainsi, le recrutement de professionnels, psychologues et médecins omnipraticiens demeure un enjeu important dans l'actualisation des services de santé mentale dans les CJ. En ce qui concerne les régions éloignées, un autre défi encore plus grand se pose, soit celui de la disponibilité de l'expertise psychiatrique et pédiatrique.

Par ailleurs, plusieurs CJ (N = 13) ne peuvent compter sur la présence suffisante de médecins omnipraticiens. Dans les régions où la pénurie de médecins est plus criante, des représentations ont été faites afin que les CJ puissent avoir accès à des infirmières praticiennes spécialisées. Peu d'enfants possèdent un médecin de famille à leur arrivée en CJ. Leur présence demeure indispensable, et ce, afin de s'assurer que les jeunes qui sont hébergés soient suivis par un professionnel de la santé ce qui leur garantit une continuité de services à leur sortie du centre jeunesse.

Les interlocuteurs ont aussi rapporté que la réinsertion sociale des jeunes, devenus adultes, constitue un défi important. En effet, lorsqu'ils quittent le CJ, ces jeunes demeurent vulnérables, surtout lorsqu'ils sont peu soutenus par leur famille d'origine. Ainsi, la moitié des CJ (N = 8) ont mentionné que des efforts devront être entrepris pour combler les vides de services créés par l'absence d'arrimages entre les services en santé mentale jeunesse et santé mentale adulte. Parmi ces jeunes, plusieurs présenteraient un problème de santé mentale, en association à un problème de dépendances.

### **Des pistes de solutions intéressantes**

Afin d'accompagner les jeunes dans leur processus de réadaptation psychosociale, plusieurs CJ ont implanté divers programmes en santé mentale et ont posé des actions concrètes en ce sens.

Le projet *Plan de cheminement vers l'autonomie. Travailler ensemble pour faciliter le passage à la vie adulte*, qui s'inspire d'expériences d'ici et d'ailleurs qui ont eu des résultats positifs, a été implanté en différents endroits. D'une durée de trois ans, ce projet touche huit (N = 8) CJ au Québec. Il propose une approche pour améliorer le suivi et la continuité des services offerts aux jeunes de 16 à 24 ans. Quatre (N = 4) CJ ont rapporté qu'ils font l'utilisation du « Projet de vie » comme levier d'intervention pour faciliter le transfert du jeune au secteur adulte santé mentale.

Près de la moitié des CJ ont développé des collaborations avec les services de pédopsychiatrie de leur région ou d'ailleurs. Dans les régions éloignées, des ententes de soutien aux équipes multidisciplinaires ont été mises en place, des consultations et de la formation par

visioconférence sont aussi disponibles. Les pédopsychiatres d'une de ces régions continuent d'assumer le suivi des jeunes jusqu'à ce qu'ils puissent être pris en charge par les services de santé mentale du secteur adulte.

### **Différents exemples de bonnes pratiques régionales**

Quelques exemples tirés des consultations permettront d'illustrer certaines pratiques mises en place par les CJ afin d'améliorer leurs services.

Ainsi, dans la région de Laval, avec comme objectif de faciliter le passage à la vie autonome, le CJ a converti d'anciens locaux en un centre multiservices pour jeunes de 16 à 19 ans. Le centre Le Maillon de Laval, un centre de réadaptation en dépendance qui relève du CJ, dessert à la fois les jeunes et les adultes. À cet effet, une entente de services existe avec le secteur adulte en santé mentale. Avant leur majorité, les jeunes viennent apprendre à cuisiner et à s'organiser au quotidien rendant ainsi leur départ du centre jeunesse plus facile. De plus, le centre jeunesse de Laval a procédé à une étude clientèle relative aux besoins d'un programme de réadaptation avec une approche individualisée pour les garçons de 12 à 17 ans.

Dans la région de Lanaudière, un protocole de collaboration santé mentale jeunesse et adulte est en place entre le centre de réadaptation La Myriade, le CJ et les deux CSSS. Depuis avril 2008, les jeunes de 16 ans sont assurés de bénéficier d'une transition adéquate des services jeunesse à ceux du secteur adulte.

Une entente tripartite similaire existe entre le CJ de Montréal (Institut universitaire), l'Hôpital Rivière-des-Prairies et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine qui prévoit qu'un certain nombre de places d'une ressource d'hébergement de ce dernier soient dédiées aux jeunes du CJ qui, à l'âge adulte, auront besoin d'un hébergement en santé mentale.

En Estrie, le CJ utilise le protocole CONCERTO, un cadre d'intervention clinique permettant la prise en charge des adolescents suicidaires, dans une optique de concertation entre les partenaires. Parallèlement à ce protocole, un service de soutien en santé mentale a été mis sur pied afin de proposer des activités de réadaptation adaptées à la clientèle des jeunes ayant des troubles mentaux. Un projet pilote est aussi en préparation dans cette région. Il s'agit de la mise sur pied d'une ressource d'hébergement de transition et de réadaptation pour les jeunes de 17 ans qui auront besoin d'un suivi en santé mentale au secteur adulte.

Le CJ de la région de la Montérégie utilise depuis 2004 un programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite. *Apprivoiser les différences* propose une compréhension clinique des troubles en santé mentale. Ce programme permet au personnel de développer une meilleure connaissance clinique des différentes pathologies et d'adapter leurs interventions aux problématiques particulières des jeunes.

### **L'analyse des services résidentiels utilisés par les jeunes**

En ce qui concerne cette mesure du PASM, quelques CJ ont mentionné avoir procédé à l'analyse de leurs services résidentiels. Ainsi, le CJ du Bas-Saint-Laurent a procédé, en 2006, à l'analyse de ses services résidentiels et mis en place des orientations visant à améliorer les services destinés aux jeunes. Ce centre vise l'ajout de postes d'éducateurs dans ses unités de réadaptation et la mise en place d'une ressource intermédiaire axée sur l'intégration sociale.

Le CJ de Montréal (Institut universitaire) a procédé à un exercice semblable en 2008. Il en est ressorti qu'en plus des ressources d'hébergement spécialisé déjà en place, il fallait créer une ressource offrant de l'hébergement à court terme pour des fins d'évaluation et de stabilisation. Cette ressource a été implantée à l'hiver 2010. Sa mission est de maintenir les jeunes aux

prises avec un trouble mental dans les ressources d'hébergement régulier, tout en développant une approche individualisée mieux adaptée à leurs besoins.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Préoccupée par la situation des jeunes, le MSSS et l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) ont mis en place un Comité de mise en œuvre et de suivi pour mieux documenter la réalité des jeunes et faire le point sur divers sujets, comme les trajectoires de services, les mesures de dépistage, les traitements individualisés, la tenue de dossier, etc. Un sous-comité d'experts sur les pratiques de réadaptation les plus porteuses a également été créé et suscite beaucoup d'attentes.

### **8.3 En résumé**

Les équipes interdisciplinaires de deuxième niveau constituent un apport considérable dans le soutien aux intervenants et dans l'amélioration des services offerts aux jeunes. Ceci est d'autant pertinent puisque les CJ font face à l'émergence de multiples problèmes chez une clientèle de plus en plus jeune.

Bien que la quasi-totalité des CJ aient mis en place leurs équipes, l'offre des services en santé mentale n'est pas encore optimale dans près de la moitié des CJ du Québec. En plus des difficultés de recrutement, la composition de ces équipes est variable d'un CJ à l'autre.

## **9. Les adultes ayant un trouble mental : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne**

### **9.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif du PASM est d'évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne. Les mesures locales, dès l'année 2005-2006, incitaient les CSSS à mettre en place : 1) un guichet d'accès aux services de traitement de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne pour les adultes ayant un trouble mental, 2) une équipe de traitement en 1<sup>re</sup> ligne pour les adultes ayant un trouble mental.

Les cibles sur le plan régional étaient d'offrir les services d'un psychiatre répondant par 50 000 habitants. Sur le plan local elles étaient : 1) de répondre à l'intérieur de sept jours à la personne ayant dirigé le patient vers les services de 1<sup>re</sup> ligne, 2) de donner accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours.

### **9.2 L'état d'implantation**

Le guichet d'accès en santé mentale permet un meilleur accès et une plus grande coordination des services sur le plan clinique. Il est principalement requis dans les territoires de CSSS ayant plus de 50 000 de population. Dans les plus petites localités, les mécanismes d'accès aux services peuvent varier selon la disponibilité des ressources en place. En octobre 2008, le MSSS diffusait un fascicule intitulé *Le guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte de CSSS* qui visait à guider leur implantation.

Lors des consultations, la mise en place des guichets d'accès était terminée dans neuf régions du Québec (N = 9). Dans trois (N = 3) autres régions, il y avait des développements à faire pour parvenir à leur consolidation, soit en Montérégie, dans Lanaudière et en Chaudière-Appalaches. Il y a trois régions (N = 3) où leur mise en place est en voie de parachèvement, soit l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine et les Laurentides. Dans le Nord-du-Québec, les fonctions du guichet sont remplies par l'Accueil-évaluation-orientation-référence (AEOR) des CSSS et au Nunavik, ce sont les deux Centres de santé qui jouent ce rôle. En d'autres endroits, sans qu'il y ait de guichets identifiés comme tels, des comités d'assignation et de soutien constitués d'intervenants des équipes de santé mentale servent d'interface avec l'AEOR des CSSS.

Les équipes de traitement en première ligne comptent habituellement sur la présence d'un travailleur social, d'une infirmière, d'un psychologue et d'un médecin. Cependant, il y a peu de médecins dans ces équipes. De plus, elles demeurent incomplètes en plusieurs endroits, puisqu'elles couvriraient, au moment de la consultation, seulement 40 % des effectifs totaux requis au PASM.

La majorité des interlocuteurs rencontrés par le MSSS affirme que l'implantation du guichet d'accès, soutenu par la présence de l'équipe de santé mentale, et une trajectoire claire de services ont des effets positifs sur les délais d'attente de la clientèle. Dans la plupart des équipes, la réponse à l'intérieur du délai de sept jours se fait dans les temps requis. Par contre, l'accès au traitement à l'intérieur de 30 jours demeure difficile en plusieurs endroits.

La présence d'un psychiatre répondant était très peu répandue lors de la consultation. Or, ce n'est qu'en novembre 2009 qu'une entente concernant la rémunération est intervenue entre la Fédération des médecins spécialistes et le MSSS.

## **Des défis d'ordre clinique et organisationnel**

Malgré tous les efforts consentis, dans un bon nombre de régions, les interlocuteurs estiment qu'il y a encore des clarifications à faire en ce qui concerne la distinction entre les services de première ligne et les services de deuxième ligne, notamment en ce qui concerne l'implantation du modèle régional d'organisation des services et les conditions nécessaires à sa mise en place.

Plusieurs commentaires d'ordre clinique ont été formulés lors des consultations. D'abord, la difficulté pour certains intervenants de passer d'une pratique en établissement à une pratique en réseaux. Par contre, il y a un alourdissement des demandes en première ligne et un manque d'expérience par rapport à des clientèles particulières. Parmi celles-ci : les personnes éprouvant des problèmes relationnels complexes, celles ayant un diagnostic de personnalité limite, les personnes âgées souffrant de problèmes neurologiques et les jeunes éprouvant une première psychose. Enfin, certaines thérapies de groupes s'avèrent difficiles dans les petits CSSS, à cause d'une insuffisance de la demande.

Certains commentaires ont été rapportés en ce qui concerne les difficultés d'application des procédures d'ordre clinique. En différents endroits, il y a contournement du guichet d'accès et de la première ligne afin d'accéder directement aux services d'un psychiatre. La culture des services de première ligne demeurerait encore parcellaire en quelques endroits particuliers. Il y a encore quelques cas isolés où certains professionnels auraient tendance à ne s'investir que minimalement dans la pratique multidisciplinaire, de même que dans les mécanismes mis en place comme le guichet d'accès et dans la perspective du rétablissement.

Les interlocuteurs ont également rapporté un certain nombre de difficultés organisationnelles et par rapport au manque de médecins de famille, ce qui a des incidences sur l'engorgement de la première ligne et sur le suivi de la médication des patients. Ils ont également signalé d'autres difficultés qui relèvent des activités médicales particulières (AMP) qui obligent les médecins de famille à dispenser des services en établissement hospitalier, en fonction de leurs années de pratique. À cela s'ajoutent les contraintes des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) qui balisent également la pratique médicale.

Les interlocuteurs du MSSS ont aussi souligné que l'arrimage entre les guichets d'accès et les organismes du milieu communautaire est présentement très limité en plusieurs endroits. De plus, la collaboration mise en place lors de l'élaboration des projets cliniques s'est parfois étioyée avec le temps.

Il y a également des situations où ne sont pas en cause un manque d'organisation, mais plutôt une nécessaire adaptation du PASM aux réalités des territoires régionaux, selon les besoins des personnes, les services en place et les ressources disponibles. Les différentes initiatives régionales qui vont suivre illustrent bien l'importance de cette adaptation.

## **Différentes initiatives régionales**

Encore ici, il est possible de mentionner des initiatives, adaptées régionalement, qui viennent compléter les orientations inscrites au PASM. C'est le cas de la « Clinique sans murs » du CSSS de Rimouski-Neigette pour la clientèle qui présente un trouble de la personnalité limite et du programme de réadaptation pour la clientèle psychotique (RAP).

À Québec, un projet novateur a permis à un agent de liaison communautaire de conseiller les intervenants des guichets d'accès. Des infirmières spécialisées servent également de soutien auprès des psychiatres et d'agent de liaison avec les services de premières lignes.

De plus, les protocoles d'ententes s'avèrent une formule gagnante. Ainsi, le protocole d'ententes de transfert de l'usager en soins actifs vers leur centre hospitalier d'appartenance signé par les CSSS des Laurentides en octobre 2009 dans le but de favoriser la proximité des services offerts à la population et de favoriser le cheminement des usagers entre les différents niveaux de services qui leur sont accessibles s'est avéré une solution intéressante. Le protocole d'ententes encadrant la trajectoire de soins en santé mentale a également été entériné entre le Conseil de la Nation Atikamekw, le Conseil des Atikamekw de Manawan et le CSSS du Nord de Lanaudière. Finalement, les protocoles d'ententes entre l'organisme communautaire Le Pont du Suroît à Salaberry-de-Valleyfield et les CSSS du Suroît et de Vaudreuil-Soulanges ont été confirmés.

Dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services, certaines régions se sont dotées d'un Module d'évaluation et de liaison (MEL) régional, entre autres, afin d'aplanir les obstacles de coordination sur le terrain.

Enfin, il faut rappeler les efforts de planification et d'organisation de services des ASSS et des CSSS, qui ont des effets également sur la coordination et la concertation entre les services en santé mentale adulte, ainsi que sur la trajectoire du guichet de services et ses modalités d'accès. À cet égard, il faut souligner l'initiative du CSSS Cléophas-Claveau au Saguenay, qui a produit un document d'orientation en janvier 2009 afin de décrire l'ensemble de son offre de services, tant les services psychosociaux que ceux en santé mentale auprès des adultes, y compris leurs modalités d'accès.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Les représentants des organismes nationaux s'accordent pour dire que les mesures de structuration des services prévues par le PASM ont eu des retombées positives là où elles ont été appliquées. Ainsi, dans certains endroits, l'implantation du guichet d'accès a permis la réduction des délais d'attente et un meilleur suivi des usagers. Certains partenaires rapportent que la mise en place de psychiatres-répondants, d'infirmières de liaison et d'intervenants-pivot a amélioré la communication et la continuité entre les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes de services.

Les chercheurs de l'Institut national de la santé publique (INSPQ) constatent que la santé mentale est désormais à l'ordre du jour dans les CSSS, et que les directions des CSSS sont généralement très aidantes dans les défis de transformation des équipes de santé mentale. L'INSPQ souligne de plus que les missions hospitalières au sein des CSSS ont favorisé un rapprochement entre tous les acteurs.

Des difficultés ont été relevées par l'INSPQ. Elles concernent principalement l'accessibilité, l'organisation des services, les régions et la main-d'œuvre. Les chercheurs proposent certaines solutions en ce qui concerne la main-d'œuvre. D'abord, continuer la mobilisation des médecins omnipraticiens par des incitatifs et la valorisation de la pratique en santé mentale. Ensuite, accentuer la formation des médecins et les encourager dans leur prise en charge des cas de santé mentale moins complexes. De plus, soutenir l'arrivée des nouvelles ressources afin de maximiser l'utilisation de leurs compétences. Tous les partenaires s'accordent sur l'importance capitale de la formation, quelle que soit la profession, et sur la nécessité de tenir compte des champs professionnels distincts dans l'organisation du travail. La clarification des champs de compétences et l'installation d'un climat de confiance entre les différentes professions est également un souhait majeur.

La faible collaboration entre les différents professionnels constitue une autre difficulté. Le groupe des chercheurs de Qualaxia relève en effet des difficultés de communication persistantes entre médecins et équipes de santé mentale. On estime aussi que les problèmes

de collaboration entre intervenants sont en cause dans les délais de transfert des patients entre les urgences et les unités de soins. Nos interlocuteurs attribuent ces retards à la multiplicité des outils de travail qui crée des disparités entre les intervenants. Ils estiment que l'accessibilité aux services est pénalisée dans un tel contexte.

En ce qui concerne l'organisation de services, les interlocuteurs nationaux rappellent qu'il est important de travailler dans des modèles intégrés de dispensation de services et qu'il faut mettre en place des incitatifs (coordination des services, travail interdisciplinaire, processus de coordination fluides et faciles, par exemple). Les représentants nationaux, dans leur ensemble, souhaitent que les efforts soient maintenus dans l'implantation des psychiatres-répondants, des intervenants-pivot et des fonctions de liaison en général. Les ententes sont également souhaitées, le partenariat apparaissant comme une formule gagnante. Les interlocuteurs du MSSS soulignent également l'importance d'une meilleure compréhension de la hiérarchisation des services, afin que les intervenants puissent bien l'intégrer dans leur pratique, et que ceux qui assurent les services à la fois des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes puissent soutenir cette double offre de services tout en sachant les distinguer au quotidien.

Finalement, d'autres représentants d'organismes nationaux appellent à l'adaptation des services aux clientèles en émergence, comme les personnes âgées et les personnes avec double, voire triple problème (dépendances, déficience intellectuelle, maladie mentale, etc.) Selon eux, il convient de mieux structurer les programmes et les ressources dédiées aux personnes aux prises avec des troubles transitoires et de faciliter leur liaison avec les cliniques médicales.

### **9.3 En résumé**

Les résultats de la consultation suggèrent que la mise en place incomplète des guichets d'accès et le manque de personnel en santé mentale rendent plus difficile la dispensation des services. Il y a accès aux services sur tous les territoires, mais les procédures d'accès ne sont pas les mêmes d'un CSSS à l'autre, tout comme les ressources affectées aux équipes de santé mentale. Par contre, l'adaptation nécessaire du PASM aux particularités régionales fait également en sorte que son implantation peut varier en fonction des besoins régionaux.

## **10. Les adultes ayant un trouble mental : Organiser la hiérarchie des services**

### **10.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif du Plan d'action est d'organiser la hiérarchisation des services. La mesure suprarégionale incite les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) à déposer auprès du ministre une proposition d'organisation des services surspécialisés dans les domaines retenus. La cible étant de déposer le plan de services médicaux surspécialisés.

Au plan local, la mesure faisait en sorte qu'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, déposent à l'ASSS et au MSSS une offre de services médicaux hiérarchisés, pour répondre aux besoins des personnes 0-100 ans de chaque territoire local. La cible étant de déposer le plan de services médicaux hiérarchisés.

### **10.2 L'état d'implantation**

Lors de la consultation, quelques régions seulement avaient entrepris certains travaux menant à l'élaboration de leur plan de services médicaux hiérarchisés. Il est intéressant de relever certaines initiatives régionales qui vont dans le sens de la mesure du PASM.

Les interlocuteurs rencontrés par le MSSS soulignent l'importance de la fluidité du passage de la clientèle entre les différents niveaux de services. Il ne s'agit pas seulement du passage entre les services de première ligne et de deuxième ligne, mais également de la coordination entre les équipes de santé mentale, les Groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques médicales, les équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) ainsi que les organismes communautaires. À l'occasion, ce cheminement peut devenir complexe en milieu urbain, les trajectoires de services variant d'un territoire de CSSS à l'autre.

Quelques régions ont inscrit les soins partagés dans leur plan clinique et ont élaboré des ententes de services avec un centre hospitalier partenaire afin de soutenir les équipes de santé mentale et d'établir des corridors de services régionaux. Quelques autres débutent la mise en place d'une culture de collaboration entre les médecins omnipraticiens et les équipes de santé mentale des CSSS de leur territoire.

Les interlocuteurs indiquent qu'en différents endroits, l'absence de médecins de famille fait en sorte que les psychiatres doivent assurer des suivis de clientèles qui pourraient être effectués dans les services de première ligne. L'ensemble des régions se sont pourvues de mécanismes afin que les clientèles les plus vulnérables, dites « orphelines », ne soient pas laissées à elles-mêmes : processus régional d'identification et de prise en charge, réseau d'accès médical et guichet pour l'accès à un omnipraticien pour les clientèles vulnérables. Les interlocuteurs estiment également que la présence de psychiatres répondants favorisera les soins de collaboration prévus au PASM.

Par ailleurs, les personnes rencontrées soulignent que la mise en place d'un Module d'évaluation et de liaison (MEL) tend également vers une meilleure coordination des soins psychiatriques. Plusieurs régions ont aussi misé sur l'embauche d'agents de liaison dans les urgences hospitalières, qu'ils proviennent des centres de réadaptation en toxicomanie ou, occasionnellement, de certains Services de suivi intensif. Ailleurs, des infirmières cliniciennes spécialisées font de la préévaluation pour les services de deuxième ligne.

En ce qui concerne les services médicaux surspécialisés, le Québec est divisé en quatre grandes régions universitaires, coordonnées par les quatre RUIS qui offrent ce type de services à la clientèle dont ils sont responsables. D'après les interlocuteurs des régions concernées, cette collaboration, en termes de services, pourrait être mieux soutenue. Ils estiment donc que l'éventuelle table sectorielle en santé mentale des RUIS leur sera d'une précieuse aide.

### **10.3 En résumé**

La hiérarchisation des services est amorcée en différents endroits, mais étant donné le virage auquel a dû faire face le réseau de la santé mentale, le travail doit se poursuivre afin de mieux actualiser cette mesure du PASM.

## **11. Suivi intensif et soutien d'intensité variable**

### **11.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif du PASM est d'assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables. Le suivi intensif (SI) s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin. Quant au soutien d'intensité variable (SIV), il s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés sont moindres. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement basé sur la confiance et le respect.

Les mesures locales qui sont inscrites au PASM incitent les CSSS à poursuivre l'implantation, en collaboration avec les Centres hospitaliers et les organismes communautaires, d'un service de SI et de SIV. Ils devaient voir également à assurer la présence de pairs-aidants au sein de 30 % des équipes d'ici 5 ans. Les cibles sur le plan national sont de répondre à 75 % des besoins théoriques en matière de SI et de répondre à 100 % des besoins relatifs au SIV au Québec.

### **11.2 L'état d'implantation**

#### **L'implantation en région**

L'organisation des services de SI et de SIV est très variée d'une région à l'autre. Cette grande variabilité en rend la synthèse difficile. En voici un bref portrait, région par région.

Ainsi, lors des consultations, le Bas-Saint-Laurent comptait deux équipes de SI qui couvraient huit CSSS. Les équipes de SIV étaient présentes dans tous les huit CSSS, mais leur degré d'implantation était évalué à 60 %. Un document de référence régional était en élaboration. Le CNESM a apporté sa contribution dans le soutien aux équipes. La présence d'un pair-aidant au sein des équipes était au stade de la réflexion.

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les six Réseaux locaux de services offrent des services de SI et de SIV. Un organisme communautaire ayant un mandat sous-régional offre également des services de SIV. Un pair-aidant a été intégré dans l'équipe du SIV du CSSS Domaine du Roy, le soutien de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) et la collaboration de l'organisme communautaire Le Bouscueil ont facilité son intégration. L'ASSS a également soutenu la mise en place d'une équipe spécialisée régionale qui fait de la formation, du coaching individuel et de groupe, en collaboration avec le CNESM.

Dans la région de la Capitale-Nationale, tous les CSSS offrent des services de SIV, de même que six organismes communautaires par entente de services. De plus, 50 % des équipes ont intégré des pairs-aidants, autant celles de SI que de SIV.

L'agence de la Mauricie-Centre-du-Québec est très active dans ce secteur. Elle a élaboré dès 2007 un cadre de référence régional pour le SIV. On estime que 100 % des besoins en SI sont couverts et 60 % en SIV, et ce, sur les huit territoires de CSSS. Par ailleurs, l'agence estime que le fait d'avoir concentré leurs efforts sur le SI et le SIV est apparu facilitant pour la mise en œuvre du Plan d'action sur leur territoire. La présence de pairs-aidants n'est cependant pas très affirmée, il n'y en a qu'un. Pour leur part, les organismes communautaires souhaiteraient avoir la capacité d'être plus actifs en ce qui a trait au soutien communautaire.

Dans l'Estrie, le SI est en voie d'implantation, il sera assuré par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. En milieu rural, il sera dispensé par les CSSS. Ici aussi, il y aura une formation du CNESM pour accompagner les intervenants. Une personne œuvre actuellement comme pair-aidant dans un organisme communautaire.

À Montréal, l'agence estime que l'objectif n'est pas encore atteint en SI et en SIV. Pour l'instant, huit organismes communautaires offrent ce dernier. Ici aussi, le CNESM a dispensé de la formation aux intervenants pour soutenir le développement des équipes de SI et de SIV. Six personnes ont reçu la formation de pair-aidant offerte par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale. Lors des consultations, une pair-aidante était sur le point d'être intégrée au sein d'une équipe de SI au CSSS Jeanne Mance. Par ailleurs, sans désavouer la formule du SI et du SIV, le RACOR estime qu'il faudrait ne pas oublier d'encourager la création de milieux de vie, de groupes d'entraide, de réseaux sociaux où les personnes peuvent se retrouver dans la communauté et partager leurs expériences de vie.

Dans la région de l'Outaouais il y a une équipe de SI en milieu urbain, au Centre hospitalier Pierre Janet. Une personne fait également office de pivot régional pour le développement des services de SI et de SIV. L'agence estime que la clientèle ayant un trouble grave et qui a besoin de SIV est desservie et qu'il y a une contribution significative des organismes communautaires dans l'offre de services en soutien communautaire. Elle a également la volonté de soutenir la formation de pairs-aidants.

En Abitibi-Témiscamingue, aucun établissement n'offrait de SI lors de la consultation puisque cette région n'avait pas à le mettre en place. Cependant, il existe des ententes de services entre certains CSSS et les organismes communautaires en ce qui concerne le SIV, formule davantage adaptée aux petites communautés réparties sur un grand territoire. L'agence investira dans la formation des pairs-aidants. Des engagements ont également été pris avec le CNESM afin de donner de la formation sur le SI et le SIV.

Sur la Côte-Nord, le SIV a été implanté dans cinq CSSS sur sept. Par contre, sur la Basse-Côte-Nord et à Fermont, l'éloignement, la faible densité de population et la quasi absence de lieux de rencontre rendent difficile son implantation. Selon les interlocuteurs, le CNESM a été à même de constater ces difficultés lors d'une visite. Le SI n'y est disponible nulle part, car cette région n'avait pas à le mettre en place. Il n'y a pas de pair aidant non plus. Selon le ROCASM, aucun organisme communautaire n'est impliqué dans le SIV.

Dans le Nord-du-Québec, la corporation Le Zéphyr et le CSSS rendent disponible le SIV dans le secteur est de la région. Dans l'ouest, l'intervention se fait au besoin, peu de personnes y sont inscrites pour recevoir le service. Il n'y avait pas de pair-aidant lors de notre rencontre.

En Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, les équipes de santé mentale des CSSS offrent du soutien dans la communauté, mais il faudra adapter le SI et le SIV en contexte rural. L'ASSS considère également que la sortie des personnes des ressources de type familial vers du logement autonome serait davantage possible avec un SIV mieux organisé. Le suivi communautaire est également offert par certains organismes communautaires.

Dans la région de Chaudière-Appalaches, le SI et le SIV sont offerts dans tous les territoires, les modèles diffèrent selon les milieux, rural, semi-rural, urbain. Des équipes de SI étaient implantées dans trois CSSS et en cours d'implantation dans deux autres. Cependant, l'adaptation du SI et du SIV à de petits milieux ruraux fait partie des préoccupations de l'agence. La révision de l'offre d'hébergement aura également des conséquences sur le SI et le SIV en termes de ressources. Une formation avec le CNESM était prévue lors de la consultation. Une

pair-aidante est présentement en poste sur le territoire et travaille à améliorer le processus de rétablissement des personnes ayant des troubles graves de santé mentale. De leur côté, certains organismes communautaires s'attendaient à être davantage impliqués comme collaborateurs dans le cadre de la mise en place du SIV.

Dans la région de Laval, le SIV est offert à toute la population au moyen d'un modèle régional impliquant le CSSS et le CILL (Centre d'implication libre de Laval). Leurs rôles sont clairs et leur collaboration est considérée comme une réussite de part et d'autre. Le SI est assuré par le CSSS de Laval. Il y a également un projet d'intégration d'un pair-aidant dans le modèle régional de SIV.

Dans la région de Lanaudière, en ce qui concerne le SI, ce sont des équipes de partenaires qui donnent les services. Dans le sud de la région, le partenariat est le suivant : CSSSSL, La Myriade, le Tremplin et Propulsion Lanaudière. Dans le nord : CSSSNL, La Myriade et le Tremplin. Le SIV est dispensé par La Myriade pour l'ensemble du territoire. L'embauche d'un pair-aidant dans l'équipe du SIV est prévue sous peu.

Dans les Laurentides, il y a sept équipes de SIV à l'intérieur des CSSS. Cette région doit présentement composer avec différents défis dont les plus importants sont l'accroissement démographique qui agit sur l'augmentation de la demande de services et les distances à parcourir qui empiètent sur la dispensation des services, ainsi que les difficultés d'arrimage entre partenaires. L'agence a financé la formation d'un pair-aidant, cependant personne n'agissait encore à ce titre.

En Montérégie, en ce qui concerne le SI, 80 % de la cible du requis budgétaire a été rencontré et 41 % pour le SIV. Des ententes de services entre les CSSS et les organismes communautaires ont été signées dans la majorité des territoires, onze organismes communautaires dispensent le SIV. Cependant, la situation varie d'un territoire à l'autre. Le CNESM a dispensé de la formation aux intervenants. Pour un CSSS comprenant moins de 25 000 personnes et dépourvu de département de psychiatrie, on a adopté un modèle hybride de SI et de SIV avec le soutien clinique d'un psychiatre répondant. Lors de notre rencontre, il n'y avait qu'un pair-aidant.

Finalement, dans le Nunavik, l'implantation du SI et du SIV n'est pas opérationnelle étant donné les particularités du territoire. Cependant, la population peut compter sur les services offerts par les trois ressources de la communauté, soit un centre de crise à Inukjuak, un centre de réintégration sociale à Puvirnituk et des appartements supervisés à Kuujuaq. Un des problèmes majeurs est le manque de locaux adéquats pour héberger les services de santé mentale. Au Nunavik, ce manque de locaux trouve écho dans le manque de logements pour l'ensemble de la population du territoire.

### **Le Centre national d'excellence en santé mentale**

Afin de soutenir l'actualisation des objectifs du PASM eu égard aux services de SI et de SIV, le MSSS a mis en place en juin 2008, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM). Son mandat est de soutenir le développement de pratiques cliniques de qualité s'adressant à des clientèles précises, et ce, en s'appuyant sur la littérature scientifique. Plus spécifiquement, ce mandat concerne le soutien à l'implantation et à l'amélioration continue de la qualité des services de SI et de SIV dans la communauté pour les adultes atteints d'un trouble mental grave.

Le CNESM offre des activités de sensibilisation, d'information et de formation, ainsi que des services de consultation et de « coaching » aux gestionnaires et aux intervenants du réseau public et du réseau communautaire qui travaillent à la mise en œuvre des programmes de SI et de SIV dans la communauté. Ces services sont très appréciés par les interlocuteurs qui en ont

fait l'expérience, puisqu'ils favorisent l'amélioration des pratiques de soutien dans la communauté.

Dans l'exercice de son mandat, le CNESM compte sur la collaboration des établissements universitaires, dont l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, l'Institut universitaire en santé mentale Louis-Hippolyte Lafontaine et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

La majorité des partenaires appuie le développement des équipes de SI et de SIV afin de rendre accessibles les services en santé mentale pour les personnes ayant des troubles mentaux graves. Ils considèrent qu'il faut poursuivre le travail afin de compléter la mise en place de ces équipes.

Le CNESM estime que le développement des équipes SI s'est fait de manière irrégulière à l'échelle du Québec et que l'engagement constant des partenaires, gestionnaires et intervenants demeure un facteur essentiel de réussite. Certaines régions atteignent leurs cibles ou sont tout près de celles-ci, d'autres accusent un retard important. Malgré cela, le CNESM observe un développement significatif des équipes SI. En ce qui concerne le SIV, le CNESM observe un développement asymétrique de ce service.

Pour ce qui est de l'intégration de pairs-aidants dans les équipes de SI et de SIV, les interlocuteurs ont mentionné que l'absence d'un titre d'emploi officiel pour cette catégorie de travailleurs constituait un frein à l'intégration des pairs-aidants dans les équipes de SI et de SIV.

### **11.3 En résumé**

De nombreux efforts ont été consacrés au plan national par le CNESM, ainsi que par les acteurs régionaux afin de mettre en place les services de SI et de SIV. Ces efforts prennent différentes formes d'une région à l'autre, notamment en fonction de la disponibilité des ressources et des caractéristiques de la région. La couverture de services n'est pas optimale, il reste des efforts à fournir afin d'implanter le SI et le SIV à la grandeur du Québec, de même que pour l'intégration de pairs-aidants dans ces équipes.

## 12. Les services résidentiels

### 12.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale

La mesure contenue dans le PASM vise à améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome. Pour sa part, la mesure nationale mentionne qu'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.

Quant aux ASSS, à partir de 2005-2006, elles devaient procéder à des modifications ou à une réorganisation des ressources résidentielles pour atteindre les cibles fixées. Le logement autonome devant être la formule privilégiée. Les ASSS avaient aussi la responsabilité, en collaboration avec les partenaires concernés, de faire la promotion du logement autonome (logements sociaux, logements privés) pour les personnes ayant un trouble mental.

Pour leur part, les CSSS devaient mettre en place des services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome. Les cibles pour une population de 100 000 habitants étaient : l'hébergement avec encadrement intensif : 20 à 30 places, l'hébergement avec soutien léger : 40 places et le soutien au logement : 50 places.

### 12.2 L'état d'implantation

#### Au plan national

Depuis 2005-2006, le MSSS collabore aux travaux du Comité intersectoriel MSSS/Société d'habitation du Québec (SHQ) afin de déterminer le soutien clinique nécessaire pour favoriser l'accès à des logements sociaux pour les personnes atteintes d'un trouble mental.

En 2007, le MSSS en collaboration avec la SHQ, a publié un *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*. Ce cadre trace les balises dans le domaine du soutien communautaire en logement social. Puisant dans les valeurs de solidarité et d'entraide, il veut faciliter le travail des différents acteurs et contribuer à agir en concertation auprès des personnes et des familles. Le soutien communautaire permettant d'habiter un logement, d'atteindre une stabilité résidentielle et ainsi d'améliorer ses conditions de vie.

En 2010, une aide financière a été octroyée à la Coalition pour le logement social en santé mentale de Québec afin de promouvoir et de développer le logement social pour les personnes ayant un trouble grave de santé mentale. Une étude publiée en mai 2010 vient appuyer les travaux de la coalition. Cette étude intitulée *Le logement subventionné dans le cadre du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi dans la communauté* démontre la pertinence clinique, sociale et économique du programme de supplément au loyer (PSL) pour le rétablissement des personnes vivant avec un trouble mental.

#### Au plan régional

Au palier régional, la majorité des agences de la santé et des services sociaux procédaient à une réorganisation de leurs ressources d'hébergement afin d'atteindre les cibles du PASM. Dans le Bas-Saint-Laurent, il y a un manque de services résidentiels variés, le requis RI-RTF est dépassé, mais il n'y a pas suffisamment de ressources alternatives. Pour sa part, la région de l'Estrie s'est engagée dans des travaux majeurs en vue de réorganiser ses services résidentiels

sur une période de cinq ans, soit de 2008 à 2013. La région de Montréal s'est également dotée d'orientations concernant l'organisation des services résidentiels en santé mentale. Cependant, il serait prématuré d'évaluer les résultats de ces initiatives régionales. La région du Bas-Saint-Laurent a atteint et même dépassé la cible du PASM. Celle de la Capitale-Nationale a atteint la cible prévue, mais uniquement en ce qui concerne le soutien au logement.

Pour ce qui est des ressources d'hébergement, en termes prospectifs, plusieurs ASSS (N = 9) ainsi que leurs partenaires ont mentionné qu'il devenait de plus en plus difficile de trouver des ressources adaptées pour certaines clientèles, particulièrement celles présentant des problèmes de comorbidité, pour les personnes âgées éprouvant des problèmes de santé mentale et pour les jeunes aux prises avec des problèmes de dépendances.

En ce qui concerne le soutien au logement, il est assuré dans toutes les régions par les organismes communautaires qui ont développé une expertise qui est complémentaire aux services du réseau de la santé et des services sociaux et au programme de logement social et communautaire. À titre d'exemple, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean a mis en place quatre projets de soutien communautaire en logement social couvrant l'ensemble des unités de logements dans les Offices municipaux d'habitation de la région. Des intervenants sont à la disposition des locataires afin d'offrir un service de soutien social et communautaire. À Québec, la Ville réserve 10 % des unités des nouveaux logements sociaux pour la clientèle en santé mentale et la création du projet *Clés en main* soutenant l'intégration et le maintien en logement social.

### **La présence de certains défis**

Les partenaires régionaux identifient certaines contraintes qui limitent le redéploiement des ressources d'hébergement, en tenant compte des besoins des personnes ayant un trouble mental et des conditions de transfert de celles-ci vers des logements autonomes. Ces contraintes sont, par exemple, le manque de disponibilité des logements, le manque de logements autonomes à des coûts abordables et une clientèle stigmatisée et discriminée par certains propriétaires immobiliers. Les interlocuteurs ont aussi mentionné des lacunes importantes dans l'accessibilité à des logements sociaux dans les milieux ruraux. Malgré ces contraintes, la plupart des régions se sont engagées dans la promotion du logement autonome.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

Dans l'ensemble, les partenaires nationaux estiment que l'insuffisance des services résidentiels est une préoccupation ressentie par tous. Ils sont préoccupés par la pénurie de ressources pour toutes les clientèles, notamment pour les personnes vieillissantes. Selon eux, toute la gamme d'hébergement est à développer, ou à bonifier, de l'hébergement protégé avec encadrement pour les personnes moins autonomes, jusqu'au logement social pour les personnes en voie de rétablissement, en passant par les diverses formes de résidences non institutionnelles.

### **12.3 En résumé**

Comme il y a un manque de services résidentiels pour les personnes ayant des troubles graves de santé mentale dans toutes les régions, il est par conséquent difficile d'atteindre les cibles inscrites au PASM en matière de soutien au logement. L'arrimage avec la SHQ Québec demeure essentiel, de même que la promotion de services résidentiels dans la communauté et le soutien des personnes atteintes de troubles mentaux.

## **13. Intégration au travail**

### **13.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

Cette mesure du PASM vise à favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental. Les mesures nationales prévoyaient, dès l'année 2005-2006, que le MSSS amorce des travaux avec le MESS afin d'adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi à la situation des personnes ayant un trouble mental grave, et de faire tomber les barrières financières en vue de favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental grave.

Les ASSS devaient soutenir 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. En collaboration avec les directions régionales d'Emploi-Québec, elles devaient s'employer à apporter les ajustements nécessaires et à favoriser l'application des programmes de type Contrat d'intégration au travail (CIT) pour les personnes ayant un trouble mental grave.

Sur le plan local, les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, devaient rendre accessible le soutien à l'intégration au travail. La cible locale était d'offrir des services de soutien à l'intégration au travail à 58 personnes/100 000 habitants.

### **13.2 L'état d'implantation**

Au plan national, un regroupement d'experts composé des principaux leaders et acteurs du champ d'intervention, de la recherche et des instances gouvernementales concernées par le domaine de la réadaptation socioprofessionnelle en santé mentale a été mis sur pied en juin 2010, afin de mieux définir les mesures d'intégration et de maintien en emploi des personnes ayant des troubles graves de santé mentale.

Le MSSS participe également aux travaux du comité de suivi de la Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées qui vise à assurer aux personnes handicapées l'égalité en emploi et à augmenter leur participation au marché du travail. Des échanges sont amorcés en vue d'assurer la complémentarité des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et par le MESS. Les deux ministères sont à clarifier leurs rôles et leurs zones de responsabilité relativement au parcours de participation sociale et au parcours vers l'emploi des personnes handicapées.

Au plan régional, la majorité des ASSS ne semble pas avoir priorisé cette mesure au cours des cinq dernières années. Cette mesure du PASM a donc connu un faible degré d'implantation. Comme ont rapporté certains interlocuteurs, cela n'est pas sans conséquence sur les possibilités de rétablissement de la personne.

Cependant, la moitié des régions (N = 8) ont mis en place des tables, des comités de travail ou de concertation dans le but de produire une trajectoire de services, ou encore pour mettre en place des mécanismes d'accès en matière d'intégration socioprofessionnelle pour les personnes ayant un trouble mental grave. Dans quelques régions, des ententes de collaboration intersectorielle se sont développées. Par ailleurs, certaines ASSS ont contribué au financement de quelques entreprises d'économie sociale qui fournissent du travail à des personnes ayant un trouble mental grave.

Au plan local, la majorité des CSSS ont confié les services d'intégration et le soutien au travail aux organismes communautaires de leur territoire. Très peu de CSSS ont atteint la cible de soutien à l'intégration en emploi.

### **Quelques exemples d'initiatives régionales**

Certains interlocuteurs ont rapporté certaines initiatives intéressantes. Dans le Bas-Saint-Laurent, ils rapportent l'existence du programme alternatif de réadaptation pour les jeunes adultes présentant un trouble grave de santé mentale (PARS) du CSSS Rimouski-Neigette en collaboration avec le Service d'intégration et de maintien en emploi (SAIME). Lors de la consultation, les acteurs concernés s'étaient mobilisés pour élaborer un mécanisme et une trajectoire de services en matière d'intégration socioprofessionnelle.

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le programme individualisé de placement et de soutien à l'emploi IPS de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas connaît certaines applications régionales intéressantes, comme dans quelques autres régions.

En Mauricie-Centre-du-Québec, le Service d'intégration au travail a entamé des démarches avec Emploi Québec et le SEMO en collaboration avec les CSSS afin de rendre accessible le soutien à l'intégration au travail. Deux modèles d'entreprises sociales de travail y ont été mis en place. Pour sa part, le café Le Signet à Laval constitue un exemple intéressant d'entreprise d'économie sociale ayant pour objectif de favoriser l'intégration et la réinsertion sociale des personnes ayant un problème de santé mentale.

Dans la région de l'Estrie, le développement de l'approche intersectorielle quant à l'insertion socioprofessionnelle en santé mentale, « l'approche parapluie », prend sa source dans de nombreux travaux de mise en commun entre les organismes communautaires en santé mentale, les établissements de la santé et des services sociaux, ainsi que les organismes du réseau de services d'Emploi-Québec. Cette approche, soutenue également par Trav-Action, permet à la personne et aux intervenants qui l'entourent, de partager une vision commune de sa démarche et des besoins de soutien qu'elle peut requérir, à un moment ou l'autre dans son processus de rétablissement et d'intégration. Le « parapluie » est le symbole de la couverture de soutien accessible lors de mauvais temps.

L'Arrimage à Montréal a également comme mission l'intégration ou la réintégration en emploi des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale, tout en visant le développement de leur employabilité.

Dans l'Outaouais, l'Envol, un service de retour au travail, a présenté au CSSS de Gatineau son offre de services personnalisés de retour au travail ou aux études pour les personnes ayant un problème de santé mentale, laquelle a été accueillie favorablement par le CSSS.

L'Abitibi-Témiscamingue a mis en place l'approche dite « milieu de formation et de travail adapté » qui a été actualisée par les Tables Action-Travail.

Finalement, il faut souligner que la Société québécoise de la schizophrénie a publié récemment (2010) un petit manuel intitulé *Le pouvoir social des employeurs, comprendre, accueillir, investir* qui contribue à défaire certains préjugés et à miser sur les capacités des personnes, plutôt que sur leurs difficultés, afin de leur faire une place sur le marché du travail.

### **L'opinion des partenaires nationaux**

D'après les partenaires rencontrés, les avancées concernant l'intégration au travail demeurent encore trop peu nombreuses. Il faudrait également, selon certains ordres professionnels, que l'intégration au travail se fasse en mettant l'accent sur le rétablissement de la personne. Pour leur part, les organismes communautaires rappellent que les intérêts et les capacités des

personnes doivent toujours être respectés dans l'accomplissement de cette mesure du PASM. Cependant, l'information fait défaut quant au monde du travail lui-même et par rapport à son ouverture quant à l'intégration de cette clientèle, qui a également besoin de services de soutien aux études.

### **13.3 En résumé**

L'implantation de cette mesure du PASM est peu avancée. La personne ayant un trouble mental peut être orientée et accompagnée, ou se diriger elle-même vers un programme d'insertion en emploi géré par un organisme communautaire. Par ailleurs, certains interlocuteurs ont souligné qu'il serait plus juste de parler d'insertion socioprofessionnelle plutôt que d'intégration au travail et qu'il faudrait reformuler l'objectif du PASM en ce sens. Ce qui aurait pour conséquence de rendre plus visible la nécessité d'un accompagnement et d'une aide psychologique. Le monde du travail devrait être mieux informé quant aux possibilités d'intégration des personnes aux prises avec un trouble de santé mentale.



## **14. L'intervention préventive auprès des hommes en situation de vulnérabilité**

### **14.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif de cette mesure est de rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux. Les mesures nationales et régionales se lisent comme suit : 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 (« reaching out ») les hommes adultes en situation de vulnérabilité et à intervenir efficacement auprès d'eux. La cible sur le plan régional était de créer, avant 2007, des projets pilotes dans 60 % des régions.

La mesure locale établit qu'à partir de 2005-2006, les CSSS, en collaboration avec les organismes communautaires, devaient mettre 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.

### **14.2 L'état d'implantation**

En finançant des projets pilotes d'intervention et d'évaluation s'adressant précisément aux hommes, le PASM consacrait une attention particulière à la détresse psychologique de la population masculine. La cible a été dépassée, puisque douze (12) projets pilotes ont été lancés et complétés dans onze (11) régions du Québec. L'opération s'est déroulée en deux vagues successives, soit en 2007-2008 et en 2008-2009.

Le MSSS a produit un bilan de l'implantation de cette mesure<sup>7</sup> afin de décrire et d'analyser les interventions et les évaluations effectuées dans le cadre des projets pilotes et de formuler des recommandations s'adressant à la fois aux promoteurs des projets, à leurs évaluateurs, ainsi qu'aux gestionnaires du MSSS et du réseau. Les grandes lignes de ce bilan sont détaillées dans les prochains paragraphes

Les régions dans lesquelles des propositions de projets ont été retenues pour implanter un projet pilote sont le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, la Mauricie-Centre-du-Québec, l'Estrie, Montréal, l'Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière et la Montérégie, la région de Lanaudière ayant déployé deux projets.

Dans leur analyse de la situation, les promoteurs des projets constatent que la situation des hommes est en voie de fragilisation, qu'ils ne consultent pas assez les services de soutien psychologique et lorsqu'ils le font, ils sont rendus en état de crise. Ils déplorent également la persistance des préjugés sur le suicide et sur la détresse des hommes en particulier.

Quant à l'organisation des soins, les promoteurs estiment qu'il existe trop peu d'ententes entre les différentes organisations prestataires de services. Ils considèrent aussi que les services actuels ne répondent pas adéquatement aux besoins des hommes en situation de vulnérabilité et que l'entourage de ces derniers n'est pas suffisamment bien outillé pour leur venir en aide.

---

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012) *Bilan des projets d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

En guise de solution, les promoteurs ont attribué à leurs interventions des objectifs visant à intervenir plus précocement et plus efficacement auprès des hommes pour briser leur solitude (« reaching out »), à concevoir et à implanter des mécanismes d'aide et de soutien, à faciliter la transmission des connaissances sur les problèmes reliés au suicide et à mieux couvrir les besoins de leur région respective.

### **14.3 En résumé**

La cible du PASM pour cette mesure a été dépassée, puisque douze (12) projets pilotes d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité ont été lancés et complétés dans onze (11) régions du Québec. Le MSSS a produit un bilan de ces projets qui rapporte qu'en soutenant la mise en œuvre de ces projets pilotes, le PASM a eu des effets positifs sur les connaissances et le savoir-faire, sur l'originalité des services offerts et sur la collaboration entre des partenaires appartenant à des milieux différents. Ces projets ont également mis en lumière les difficultés, notamment au plan financier, ainsi que les efforts devant être maintenus dans la poursuite de l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité.

## **15. Intervention en cas de crise suicidaire**

### **15.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif du PASM est d'assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé. Les mesures nationales étaient, en 2005-2006, que le MSSS, avec l'aide d'experts, détermine quels sont les pratiques et les outils les plus efficaces pour l'évaluation du potentiel suicidaire dans les différents milieux d'intervention. En 2005-2006, le MSSS devait évaluer les besoins de formation des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne, incluant les médecins, sur l'évaluation et le suivi des personnes à risque élevé de suicide.

Les mesures régionales, à partir de 2005-2006, demandaient aux ASSS de voir à l'implantation dans leur territoire d'outils efficaces pour l'évaluation et la transmission de l'information. Elles devaient soutenir la mise en réseau au niveau local. De plus, elles devaient s'assurer 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 l'information adéquate.

Les mesures locales en 2005-2006 demandaient que les CSSS et leurs partenaires s'assurent que les personnes à potentiel suicidaire élevé puissent avoir accès à un suivi étroit (médical, psychosocial et dans la communauté) et de durée suffisante. Les CSSS étaient chargés d'implanter des mécanismes de liaison et de transmission d'information entre les ressources et les services, incluant les services de 1<sup>re</sup> ligne, les médecins et les services spécialisés.

Les cibles sur le plan local étaient, pour 2006, d'implanter des mécanismes de liaison dans tous les réseaux locaux et, pour 2007, d'offrir un programme de suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les réseaux locaux.

### **15.2 L'état d'implantation**

#### **Au plan national**

La MSSS a publié deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide, réalisés en collaboration avec le CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. L'un est à l'intention des intervenants et l'autre à l'intention des gestionnaires des CSSS. Ces guides ont été publiés en 2010. Ces deux guides abordent également la question du suivi étroit à offrir aux personnes à potentiel suicidaire élevé.

Le guide à l'intention des intervenants aborde les connaissances relatives au suicide, la répartition des rôles des CSSS et des partenaires régionaux et locaux en prévention du suicide, les bonnes pratiques à inclure dans l'intervention en prévention du suicide, le processus d'intervention du CSSS et les pratiques à promouvoir, l'autodiagnostic et l'amélioration des connaissances et des compétences des intervenants en prévention du suicide.

Le guide destiné aux gestionnaires contient différentes suggestions en vue de connaître le portrait local et régional du suicide et favoriser son appropriation au sein du CSSS et du RLS, connaître le rôle des CSSS et des partenaires en prévention du suicide, mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer les interventions en prévention du suicide, mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en prévention du suicide, faire le diagnostic des services offerts dans le CSSS et le RLS et déterminer et prioriser les actions à apporter.

## Aux plans régional et local

Les interlocuteurs rencontrés lors de la consultation ont rappelé que depuis l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* en 1998, les ASSS se sont dotés de modèles régionaux d'organisation des services et de programmes en prévention du suicide, ainsi que d'outils de transmission de l'information nécessaires à la collaboration entre les partenaires. La majorité des régions ont mis en place des tables régionales ou des comités de coordination. Certaines, comme celles de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine et de l'Estrie, ont tenu des colloques régionaux sur la prévention du suicide. Certaines autres régions, comme celle de l'Outaouais, procédaient dernièrement à la révision de leurs ententes de services en matière de crise suicidaire.

Plus récemment, certains CSSS ont commencé à mettre en place des trajectoires de services pour les personnes suicidaires selon leur niveau d'urgence. Pour sa part, la région du Bas-Saint-Laurent a mis en place un service de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé dans l'ensemble des MRC, tout en formant les intervenants et les médecins à cet égard. Le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable, en collaboration avec le Réseau de Prévention Suicide des Bois-Francs, diffusait récemment un guide de référence et d'intervention concernant la mise en place de telles trajectoires. Dans la région de la Capitale-Nationale a été mis en place le Système intégré de liaison d'accompagnement et de relance auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide (SILAR). Alors qu'en Estrie, il y a une collaboration active entre le CHUS, JEVI et les CSSS afin d'assurer un suivi systématique des personnes qui sortent de l'urgence.

Plusieurs régions ont vu à l'arrimage des services offerts par les CSSS avec ceux dispensés par les centres de prévention du suicide. Au fil des ans, ces derniers ont développé une expertise importante par rapport à la prévention du suicide : l'intervention téléphonique au moyen de la ligne 1-866-APPELLE, la formation et la supervision clinique des intervenants, la postvention, leur participation au développement et à l'implantation de sentinelles dans différents milieux avec leurs partenaires de la santé publique. Pour leur part, les centres jeunesse se sont dotés d'équipes spécialement dédiées à la prévention du suicide et aux problèmes de santé mentale des jeunes.

Depuis quelques années, plusieurs partenariats entre différents milieux ont pris forme sur le terrain afin de créer la solidarité et le filet de sécurité souhaités et afin d'améliorer la prévention du suicide. Parmi ces milieux, on note la participation des cégeps et des universités, des centres jeunesse, des milieux carcéraux, des milieux diocésains, des communautés autochtones, des associations de personnes retraitées, des milieux syndicaux et de certaines entreprises du monde du travail, de différentes institutions gouvernementales et des médias.

### 15.3 En résumé

Globalement, la prise en charge de la prévention du suicide s'est améliorée au Québec depuis quelques années. Par ailleurs, le suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide est maintenant balisé à l'intérieur du *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des CSSS* et du *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*.

## **16. Personnes présentant un diagnostic de comorbidité**

### **16.1 Les éléments inscrits au Plan d'action en santé mentale**

L'objectif de cette mesure du PASM est d'établir une collaboration entre les divers programmes visés. Il y est énoncé que par le biais des mesures nationales, le MSSS favorisera la diffusion d'information sur les expériences de travail conjoint 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.

La mesure régionale était formulée ainsi : 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.

La mesure locale demandait que dans l'élaboration de leur projet clinique, les CSSS conviennent du type de collaboration à établir pour offrir des services adaptés aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle.

### **16.2 L'état d'implantation**

D'après les informations recueillies lors des consultations, il est possible de dire que le tiers des régions possède une offre de services qui commence à être structurée dans ce secteur. L'autre tiers est en démarche d'organisation des services et le dernier tiers éprouve des lacunes quant à l'organisation des services en santé mentale et en dépendances.

Il faut rappeler que la comorbidité s'est complexifiée depuis quelques années et demande des interventions multiples auprès de personnes présentant un problème de santé mentale et d'autres états de santé, conditions de vie ou comportements à risque : la déficience intellectuelle, les troubles envahissants du développement, les problèmes cognitifs, les dépendances, la perte d'autonomie, les problèmes de comportement, la violence, l'itinérance, etc. En plus, ils affectent une clientèle plus diversifiée qu'auparavant : personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, autochtones et immigrants.

Quelques régions sont plus avancées et ont généré un foisonnement d'initiatives toutes aussi intéressantes les unes que les autres. Certaines sont générales, alors que d'autres sont très précises.

### **Ententes de collaboration et trajectoires de services**

Il existe des ententes de collaboration qui définissent les responsabilités entre les CSSS, les Centres de réadaptation en dépendances, les CRDI-TED, les milieux scolaires, les Instituts Universitaires, les CJ et les organismes communautaires spécialisés en dépendances. Il y a également des ententes de services avec l'Institut Philippe Pinel pour les services tertiaires en santé mentale, violence et dépendances. Des trajectoires régionales de services entre le secteur de la dépendance et la santé mentale ont été définies dans la région de la Capitale-Nationale.

### **Équipes de liaison, partenariat local**

Dans certaines régions, des membres des équipes de liaison du Centre de réadaptation sont présentes dans les urgences du Centre hospitalier, pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale et de dépendances. Sur un des cinq territoires de la région Gaspésie-Iles-de-la-

Madeleine, il y a une structure d'équipe qui permet un certain maillage entre les services de santé mentale et de dépendances. Sur les autres territoires de CSSS, les collaborations se font sur une base plus ponctuelle.

En Chaudière-Appalaches, le Rond-Point, en partenariat avec le CSSS de Beauce, offre un programme de traitement et de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives ou autres dépendances associées. Il s'y fait également de l'hébergement.

### **Coordination, projet clinique, formation des intervenants**

Les interlocuteurs ont rapporté différentes initiatives de gestion et de formation, comme la coordination par l'ASSS des cas complexes, l'intégration du problème des dépendances dans le projet clinique en santé mentale et en prévention du suicide, la formation des intervenants de l'AEOR en dépendances et en santé mentale, la formation croisée d'intervenants en santé mentale et en dépendances et la formation par rotation professionnelle afin de permettre les échanges entre les intervenants en santé mentale et ceux du secteur dépendances.

Les publications de la Société canadienne de schizophrénie sur la schizophrénie combinée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie s'avèrent également des outils utiles en région, pour les intervenants, les usagers et leur famille.

### **Des modalités d'intervention pour des clientèles spécifiques**

Certaines initiatives régionales ont été prises afin d'offrir des services à certaines clientèles spécifiques. Pour les jeunes dans la région de Laval, un service jeunesse régional multiproblématique a été mis en place afin d'éviter les placements et travailler avec les familles. Dans la région de la Capitale-Nationale, une entente a pris forme entre l'Institut universitaire en santé mentale et un CJ pour traiter les agresseurs sexuels. Une équipe d'intervention pour les jeunes adultes ayant des problèmes de comorbidité en milieu scolaire a aussi été implantée dans cette région. Des organisations régionales de l'Outaouais (CH Pierre Janet, Pavillon du Parc, Centre Jeunesse, CSSS de Gatineau et l'organisme Vallée Jeunesse) se sont unies afin d'offrir des services aux enfants présentant des problématiques multiples (santé mentale, DI-TED, troubles de comportement). Cette collaboration a donné naissance aux projets *Echo*, *Exploration* et *Catamaran*. Une équipe d'intervention jeunesse avec un mandat régional a été formée dans cette même région.

En ce qui concerne les personnes âgées, les travaux de la phase 3 du plan d'action de la région de Montréal visent à développer un continuum de services aux personnes âgées présentant un problème de santé mentale et une perte d'autonomie. Dans la même région, le CSSS Jeanne-Mance a développé une boîte à outils pour les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

D'autres initiatives régionales se sont adressées aux personnes criminalisées. Un modèle d'organisation de services multisectoriel pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle a pris forme dans le Bas-Saint-Laurent. Dans la région de la Capitale-Nationale, une entente a été conclue en 2006 entre les établissements du réseau et le ministère de la Sécurité publique afin de clarifier la trajectoire de services pour la clientèle judiciairisée. Dans les Laurentides, le projet *Passage*, qui est le fruit d'une collaboration entre l'établissement de détention de Saint-Jérôme et le CSSS des Pays-d'en-Haut, assure aux ex-détenus qui souffrent de troubles graves de santé mentale un suivi médical et psychosocial à l'extérieur des murs de la prison. Il faut également rappeler l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

## Les défis rencontrés sur le terrain

La principale difficulté réside dans l'arrimage entre les différentes organisations, qui se traduit à l'occasion par le dédoublement des portes d'entrée par programme-clientèle (PPALV, SM, dépendances, DI-TED, etc.). Certains des interlocuteurs rencontrés ont mentionné qu'il semble difficile de trouver au même endroit des services permettant de traiter l'ensemble des problèmes, ou encore que les collaborations semblent difficiles à établir entre les différents programmes en place.

Lorsque les services commencent à être mis en interface, il y a une période d'adaptation due au changement dans les façons de faire entre les services de première ligne des équipes de santé mentale des CSSS et leurs partenaires (CRDI-TED, CR, organismes communautaires), laquelle peut prendre un certain temps avant de se résorber et du même coup, rendre les références plus difficiles entre les partenaires.

En plus du manque de logements pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes qui ont des troubles graves de comportement, les interlocuteurs ont rapporté la difficulté d'intervenir auprès de certaines personnes itinérantes qui ne vont pas spontanément vers les services ou qui ignorent leur existence. Les dépendances couplées à des problèmes de santé mentale et de logement chez les jeunes leur semblent également préoccupante. Le manque d'arrimage entre la question du logement social et les personnes qui ont des troubles de santé mentale fait également problème. Par ailleurs, ils ont souligné l'absence de services de santé mentale dans les centres de détention, ce qui fait en sorte que la personne qui a des problèmes de santé mentale peut être laissée sans traitement médical adéquat.

## L'opinion des partenaires nationaux

Depuis 2005, l'Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec compte diverses réalisations, dont la publication du guide *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux*, la participation au développement de modules de formation pour les intervenants des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes, la création d'un comité chargé de déterminer les fondements d'un dépistage efficace et de mettre au point des outils de détection et l'implantation du GAIN dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD).

Ces divers travaux ont servi à préparer les CRD à évaluer à la fois les problèmes de dépendances et les problèmes de santé mentale de toutes les clientèles qui se présentent chez eux. Aussi, les CRD pensent pouvoir implanter, dès 2015, un programme régional d'évaluation spécialisée qui reposera sur les six fondements suivants : 1) dans le champ des dépendances, toutes les portes sont bonnes pour avoir accès aux services (l'accès par les CSSS est cependant privilégié), 2) les clientèles doivent être rejointes là où elles se trouvent, 3) des mécanismes d'accès pour les clientèles jeune, adulte ou mixte doivent être mis en place dans chacune des régions du Québec, 4) l'accueil doit être rapide, chaleureux et adapté aux besoins multiples, 5) certains standards doivent être respectés (intervention immédiate aux situations à risque et de crise, délai maximum de 14 jours pour les clientèles dépendantes, délai maximum de 7 jours pour les clientèles particulières) et 6) les outils utilisés doivent être validés et standardisés (comme l'est le GAIN).

Les interlocuteurs nationaux considèrent que la prise en charge des clientèles aux prises avec des problèmes de comorbidité, souvent nombreux, demeure un enjeu majeur et qu'on doit continuer de s'y adresser afin qu'elles soient plus adéquatement desservies.

### **16.3 En résumé**

Il ressort des consultations qu'environ le tiers des régions possède une offre de services qui commence à être structurée, en ce qui concerne les services à offrir aux personnes présentant des problèmes de comorbidité. La principale difficulté observée réside dans l'arrimage des services comme tel. Par ailleurs, il faut également souligner que les problèmes de comorbidité sont devenus plus complexes.

## DISCUSSION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS

Cette section propose certaines suggestions à la lumière des résultats de cette évaluation. Notre première constatation est que l'ampleur d'une réorganisation comme celle des services en santé mentale qui a pour objectif général « 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 », demandera encore quelques années afin de compléter son implantation.

Depuis la mise en place du PASM 2005-2010, l'offre de services en santé mentale s'est améliorée, le réseau s'est mobilisé et des mécanismes de concertation et de communication se sont mis en place afin de favoriser l'implantation des mesures contenues dans ce plan d'action.

Cependant, pour finaliser les changements demandés, de nombreuses adaptations, notamment dans les façons de faire, seront essentielles de la part de tous les intervenants et de tous les partenaires. Encore une fois, leur implication assurera la réussite de cette réorganisation d'ampleur.

Nous avons aussi constater que les grands principes directeurs énoncés dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 continuent de recevoir l'assentiment des interlocuteurs rencontrés que ce soit par rapport au pouvoir d'agir des utilisateurs de services, au rétablissement de la personne, à l'accessibilité et à la continuité des services, au partenariat et à l'efficacité des ressources en santé mentale.

Les résultats des consultations ont montré l'existence de disparités dans l'implantation du PASM, non seulement entre les régions, mais également à l'intérieur de ces dernières. Ces disparités correspondent à la variabilité des besoins exprimés au sein des régions, ainsi qu'aux disparités d'investissement financier. Cependant, différentes initiatives mises de l'avant par le MSSS concernant les services de première ligne ont renforcé l'implantation du PASM à la grandeur du Québec.

À la suite des résultats de cette évaluation, voici certaines pistes de recommandations à considérer lors de l'élaboration du futur Plan d'action en santé mentale.

- Poursuivre les campagnes d'information compte tenu des retombées positives afin de réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale;
- Promouvoir au cours des prochaines années la présence du psychiatre répondant dans le cadre de l'entente convenue entre la FMSQ et le MSSS concernant le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP);
- Finaliser la mise en place d'équipes de santé mentale première ligne dans les CSSS afin de mieux répondre aux besoins des personnes présentant des troubles modérés;
- Prioriser le rétablissement des personnes, l'implication des utilisateurs de services et celle des familles;
- Assurer la transition entre les services aux jeunes et leur passage à l'âge adulte;
- Intensifier les services aux personnes présentant des troubles concomitants multiples;
- Arrimer les équipes de première ligne en santé mentale avec les médecins de familles;
- Inscrire la promotion et la prévention de la maladie mentale afin de travailler en amont des manifestations de la maladie;
- Soutenir la continuité du changement en assurant la formation des intervenants du réseau de la santé;

- Dans le cadre du nouveau processus d'évaluation de la performance mis en place par le MSSS, définir des mesures spécifiques dans le secteur de la santé mentale permettant de donner suite au cadre ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux.

Pour l'instant, ces suggestions se limitent aux responsabilités de la Direction de la santé mentale. Notons cependant que d'autres Directions au sein du MSSS ont également des responsabilités à l'égard de la santé mentale.

## CONCLUSION

L'objectif de cette démarche d'évaluation était d'apprécier l'implantation des différentes mesures inscrites à l'intérieur du PASM, en vue de déterminer les adaptations nécessaires à son amélioration. L'arrimage des soins spécialisés et les services de santé mentale aux services de première ligne était le but premier du PASM. Les consultations menées dans le cadre de cette évaluation indiquent qu'il est en voie de réalisation.

Le champ de la santé mentale a fait l'objet de plusieurs interventions du Ministère et de ses partenaires ces dernières années. À la lumière des résultats de cette évaluation, force est de constater qu'elles sont demeurées congruentes avec les orientations émises à l'intérieur de la Politique de santé mentale de 1989, tout en innovant sur plusieurs autres plans importants, comme l'organisation des services de première ligne, la hiérarchisation des services en santé mentale, le suivi intensif et le suivi d'intensité variable. Le partenariat entre les différents acteurs semble de nouveau en équilibre, ce qui est un atout précieux pour l'avenir de l'organisation des services en santé mentale.

Comme tout service public dans nos sociétés actuelles, les services de santé mentale seront également confrontés au problème du financement, dont il ne faudra pas sous-estimer les effets. Ces effets se font d'ailleurs sentir présentement, même s'ils sont amoindris par la bonne volonté des intervenants à la fois du réseau public et du réseau communautaire.

Les résultats de notre évaluation nous portent à croire que les efforts réalisés à ce jour par les nombreux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux serviront de base à la continuité des changements amorcés au cours des dernières années. Ces changements et ceux à venir amélioreront l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale pour la population.

L'intention première de cette évaluation était de soutenir le processus de mise en œuvre du PASM. Une telle évaluation ne remet pas en cause la pertinence sociale d'un plan d'action, ce qui n'est d'ailleurs pas son objectif. Elle permet cependant d'obtenir un ensemble d'information crédible et suffisant pour conduire à une amélioration significative de la mise en place des mesures inscrites à l'intérieur du PASM.



**ANNEXE**

**RÉSUMÉ DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010**

**LA FORCE DES LIENS**



## INTRODUCTION

Le présent plan d'action marque un tournant puisqu'il vise des changements majeurs dans les services offerts en santé mentale. En effet, certaines des actions sur lesquelles repose ce plan visent toute la population et diverses mesures y ont été prévues pour améliorer les services destinés aux enfants, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental, quelles qu'en soient la gravité ou la durée. Des actions prioritaires, enfin, ciblent les personnes avec un risque suicidaire élevé.

Les orientations comprises dans ce plan d'action se veulent en continuité avec les transformations déjà entreprises. Toutefois, le développement prioritaire de services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, rapidement accessibles pour toute la population, est l'assise de ce plan d'action. Celui-ci ne se substitue pas à l'ensemble des politiques et plans d'action qui s'adressent aux personnes vulnérables, mais y prend plutôt appui.

*Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* s'inscrit également dans la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux, laquelle est fondée sur les notions de « responsabilité populationnelle » et de hiérarchisation des services.

## ENJEUX

Sur la base des constats effectués quant aux difficultés et aux progrès réalisés dans le domaine de la santé mentale dans la dernière décennie, certains enjeux, auxquels devra faire face le système de santé, se sont fait jour. Ces enjeux supposent :

- ☒ le rétablissement de la personne dans sa globalité ;
- ☒ l'investissement d'efforts importants pour contrer les tabous et la stigmatisation ;
- ☒ l'amélioration de l'accessibilité aux services de 1<sup>re</sup> ligne ;
- ☒ une meilleure utilisation et, surtout, un meilleur arrimage des ressources existantes afin de répondre de façon continue à la diversité des besoins ;
- ☒ l'accès à l'expertise des services de 2<sup>e</sup> ligne pour les intervenants offrant des services de 1<sup>re</sup> ligne ;
- ☒ l'amélioration des services de santé mentale pour les jeunes ;
- ☒ la réduction du nombre de suicides par la mise en place de mesures visant les personnes présentant un risque suicidaire élevé, particulièrement les hommes.

## VISION

*Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* se situe dans une perspective globale, axée sur un continuum de services allant de la promotion et de la prévention aux services de 1<sup>re</sup> ligne et aux services spécialisés. Dans le respect des valeurs et des approches de chacun, le réseau de la santé mentale doit offrir des services de qualité à l'ensemble de la population.

## OBJECTIF GÉNÉRAL

Doter le Québec d'un système efficient qui reconnaisse le rôle des personnes utilisant les services de santé mentale et qui offre 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.

## PRINCIPES

*Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* se fonde sur les principes suivants :

- ☒ Renforcement du pouvoir d'agir des personnes atteintes d'un trouble mental et de leurs proches.
- ☒ Rétablissement de la personne.
- ☒ Accessibilité des services de 1<sup>re</sup> ligne de qualité sur le plan local.
- ☒ Continuité et fluidité entre les services et les ressources.
- ☒ Partenariat entre les dispensateurs de services et les ressources de la communauté.
- ☒ Efficacité du système de soins et des services.

## STRUCTURER LA GAMME DE SERVICES

### Les soins partagés

Les soins partagés supposent une approche axée sur la collaboration interdisciplinaire entre différents intervenants et différents niveaux de services. Cette approche doit aussi être fondée sur des rôles et des responsabilités clairement définis pour assurer la prise en charge, le traitement et le suivi des personnes.

### Le psychiatre répondant

Le psychiatre répondant d'un territoire local est le principal interlocuteur des intervenants de première ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Le psychiatre répondant devient le mandataire de la « responsabilité populationnelle » et, à ce titre, il doit établir et maintenir des liens avec les fournisseurs de services de 1<sup>re</sup> ligne de son territoire. Selon les situations, il peut aussi offrir des traitements.

### L'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

En continuité avec les services généraux de 1<sup>re</sup> ligne, l'équipe de santé mentale pour les jeunes et l'équipe de santé mentale pour les adultes offrent localement des soins aux personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état ne nécessite pas une expertise spécialisée de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> ligne, dont elles constituent par ailleurs la porte d'entrée (guichet d'accès).

### Le guichet d'accès

Le guichet d'accès est le lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne dans le but de déterminer quels sont leurs besoins et de quel(s) niveau(x) de services ils doivent relever. Le guichet fait partie des services de 1<sup>re</sup> ligne.

### La hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services est un mode d'organisation visant l'utilisation optimale des ressources de 1<sup>re</sup>, de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne pour répondre de façon adéquate et continue aux besoins des personnes. Les niveaux de services ne sont pas associés à un lieu ni à un fournisseur en particulier, mais se définissent par la nature des services offerts. Les services de 1<sup>re</sup> ligne sont universellement accessibles et visent à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Les services de 2<sup>e</sup> ligne font appel à une expertise spécialisée pour les problèmes plus graves et doivent soutenir les équipes de 1<sup>re</sup> ligne. Les services de 3<sup>e</sup> ligne s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes qui requièrent une expertise ultraspecialisée.

## ORGANISER UN RÉSEAU DE SERVICES

### Le projet clinique

Le projet clinique est le volet clinique de la transformation du réseau. Il consiste à l'implantation, sur les territoires locaux de chacun des neufs programmes de services, dont le programme en santé mentale. Les principales étapes relatives à l'implantation de ce programme sont les suivantes :

- ☒ définir les besoins, faire l'inventaire des ressources et des services disponibles et déterminer les écarts entre les besoins définis et l'inventaire effectué ;
- ☒ analyser les modèles cliniques et les types de collaboration existants et préciser les mesures à mettre en place afin de réduire les écarts décelés ;
- ☒ préciser les rôles et les responsabilités de tous les partenaires en cause.

Les objectifs de cette démarche sont les suivants :

- ☒ définir les besoins particuliers de la population locale ;
- ☒ déterminer les écarts entre les priorités du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* et les services en place ;
- ☒ choisir les modèles et les approches les plus adéquates en fonction du territoire ;
- ☒ procéder à la hiérarchisation des services sur le plan local, en tenant compte des ententes locales, régionales et suprarégionales avec les partenaires en cause ;
- ☒ établir des mesures permettant l'intégration dans la société des personnes atteintes d'un trouble mental.

### Le rôle des acteurs concernés

- ☒ Les personnes utilisant des services en santé mentale doivent participer à la planification de l'organisation des services qui leur sont destinés et être associés aux instances de concertation.
- ☒ Les familles et les proches doivent être soutenus, qu'il s'agisse de répondre à leurs besoins, de préciser leur rôle en tant que partenaires ou de faciliter ou de faciliter leur participation à la planification des services ou de leur collaboration aux instances de concertation.
- ☒ Les organismes communautaires possèdent une expertise spécifique qui doit être reconnue, mise à profit et soutenue.
- ☒ Les psychologues travaillant en cabinet privé traitent des personnes ayant des troubles modérés. L'accès à des services interdisciplinaires leur serait donc utile.
- ☒ Les médecins généralistes et les pédiatres traitent des personnes ayant des troubles modérés et certaines personnes ayant des troubles graves, celant étant, ils doivent avoir accès à une expertise interdisciplinaire.
- ☒ Les groupes de médecins de famille (GMF) offrent des services de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne et sont associés étroitement aux services des CSSS.
- ☒ Les CSSS ont la responsabilité de la santé de la population de leur territoire et doivent garantir localement l'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne, à certains services de 2<sup>e</sup> ligne, et conclure les ententes nécessaires pour assurer l'accès de la population visée aux services régionaux et suprarégionaux.
- ☒ Les centres hospitaliers (CH) comportant des services de psychiatrie offrent des services de 2<sup>e</sup> ligne en psychiatrie et en pédopsychiatrie. S'ils font partie d'un CSSS, ils partagent avec celui-ci le mandat d'assumer la « responsabilité populationnelle ». S'ils n'en font pas partie, ils doivent contribuer à l'offre de service par des ententes avec les CSSS. Les CH psychiatriques ne font pas partie des CSSS et doivent donc conclure des ententes avec ceux-ci.

- ☒ Les instituts universitaires doivent soutenir les pratiques prévues dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*.

L'agent de liaison assure les liens entre les différents services et, dans ce but, crée un lien avec la personne concernée et son entourage, épaulé l'ensemble du personnel travaillant auprès de la personne et crée des ponts entre les ressources du milieu.

L'intervenant pivot (*case manager*) est l'intervenant dont le rôle est le plus significatif pour la personne atteinte d'un trouble mental, car il assure lui-même une partie du soutien destiné à cette personne, tout en coordonnant d'autres services ou activités.

## CONDITIONS DE SUCCÈS

Afin d'assurer le succès du présent plan d'action, certaines conditions, dont les suivantes, doivent être réunies :

- ☒ Implanter dans chaque territoire local deux équipes de 1<sup>re</sup> ligne (une pour les jeunes, et une pour les adultes) dotées de ressources humaines suffisantes et qualifiées.
- ☒ Planifier la répartition des effectifs médicaux (sur les plans régional et national) selon les besoins territoriaux.
- ☒ Mettre en œuvre des pratiques de soins partagés interdisciplinaires.
- ☒ Implanter des mesures d'intégration sociale à l'intention des personnes souffrant d'un problème de santé mentale.
- ☒ Conclure des ententes de services claires avec les partenaires visés.

## FORMATION

La formation continue des intervenants doit s'appuyer sur des programmes de formation conjoints entre divers professionnels afin de soutenir le partenariat. Certains domaines prioritaires ont été retenus, tels l'intervention de crise, les approches cliniques de 1<sup>re</sup> ligne, le traitement des personnes suicidaires et le traitement des troubles mentaux chez les jeunes.

## RECHERCHE

La recherche évaluative et le transfert des connaissances issues de la recherche sont des éléments nécessaires à la réussite du présent plan d'action. En ce sens, le MSSS favorisera plus particulièrement les thèmes suivants : les indicateurs associés aux besoins et aux services, les données disponibles sur le suicide, les modèles de soins partagés, le soutien dans la communauté, les pratiques reconnues comme les plus efficaces, l'efficacité d'un guichet d'accès aux services hiérarchisés.

## SUIVI ET ÉVALUATION

Afin d'assurer le suivi et l'évaluation des actions préconisées, il faudra :

- ☒ Mesurer les résultats obtenus au regard des objectifs prioritaires prévus dans les orientations stratégiques du MSSS et inclus dans les ententes de gestion.
- ☒ Assurer le suivi des services qui doivent être accessibles localement avec l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS).
- ☒ Évaluer les résultats liés à l'implantation du présent plan d'action après cinq ans.
- ☒ Assurer le soutien des partenaires participant à l'application du présent plan d'action.

Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010  
La force des liens

**ACTIONS PRIORITAIRES RELEVANT DU NIVEAU NATIONAL (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS)**

POPULATION CIBLE	ACTIONS PRIORITAIRES	CALENDRIER
<b>Partenariat avec les personnes usagères et leurs proches</b> Utilisateurs et proches	Favoriser la participation d'utilisateurs de services en santé mentale et de représentants de familles ou de proches à la planification de l'organisation des services.	Action continue
<b>Information et sensibilisation en santé mentale</b> Population, personnes ayant un trouble mental, intervenants	Organiser une campagne nationale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental.	2005-2006
<b>Évaluation et traitement</b> Jeunes	<input checked="" type="checkbox"/> Soutenir, de façon prioritaire, la collaboration entre les médecins, les psychiatres et les intervenants de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> ligne. <input checked="" type="checkbox"/> Faire une priorité de l'amélioration des liens des équipes de 1 <sup>re</sup> ou de 2 <sup>e</sup> ligne avec les équipes des centres jeunesse (CJ). <input checked="" type="checkbox"/> Respect des cibles nationales pour l'accessibilité aux services spécialisés de pédopsychiatrie. <input checked="" type="checkbox"/> Organiser des sessions de formation pour les psychiatres qui participeront plus activement aux soins destinés aux enfants et aux jeunes.	À préciser Action continue Action continue Action continue
<b>Soutien aux études</b> Jeunes	Collaborer avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale afin de mettre en place des mesures de soutien conjointes permettant aux jeunes souffrant d'un trouble mental de poursuivre leurs études.	À préciser
<b>Centres jeunesse</b> Jeunes des centres jeunesse	Amorcer deux projets pilotes visant à déterminer les conditions permettant : <input checked="" type="checkbox"/> la mise en place d'une équipe de 2 <sup>e</sup> niveau avec expertise en santé mentale dans les centres jeunesse; <input checked="" type="checkbox"/> l'arrimage de cette équipe avec les services hiérarchisés en santé mentale.	À préciser À préciser
<b>Évaluation et traitement</b> Adultes	<input checked="" type="checkbox"/> Soutenir, de façon prioritaire, la collaboration entre les médecins, les psychiatres et les intervenants de 1 <sup>re</sup> et de 2 <sup>e</sup> ligne. <input checked="" type="checkbox"/> Respecter des objectifs nationaux relativement à l'accessibilité des services spécialisés de psychiatrie.	Action continue Action continue
<b>Services résidentiels</b> Adultes	Poursuivre les travaux du Comité intersectoriel MSSS/SHQ pour déterminer le soutien clinique nécessaire pour favoriser l'accès des personnes atteintes d'un trouble mental à des logements sociaux.	2005-2006
<b>Intégration au travail</b> Adultes	Adapter les mesures d'insertion et de maintien en emploi des personnes atteintes d'un trouble mental et favoriser leur intégration au travail.	2005-2007
<b>Intervention préventive</b> Personnes suicidaires	Soutenir des projets pilotes sur l'évaluation d'interventions destinées à rejoindre ( <i>reaching out</i> ) les hommes adultes en situation de vulnérabilité.	2005-2007
<b>Intervention en cas de crise suicidaire</b> Personnes suicidaires	<input checked="" type="checkbox"/> Déterminer quelles sont les pratiques et les outils les plus efficaces pour l'évaluation du potentiel suicidaire. <input checked="" type="checkbox"/> Évaluer les besoins de formation sur l'évaluation et le suivi des personnes présentant un risque suicidaire élevé.	2005-2006 2005-2006
<b>Intervention relative aux personnes avec comorbidité</b> Personnes avec comorbidité	Diffuser de l'information sur les expériences de travail conjoint réussies en présence d'un diagnostic de comorbidité.	Action continue

**ACTIONS PRIORITAIRES RELEVANT DU NIVEAU RÉGIONAL (AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - ASSS)**

POPULATION CIBLE	ACTIONS PRIORITAIRES	CALENDRIER
<b>Partenariat avec les personnes utilisant des services des services de santé mentale et leurs proches</b> Utilisateurs et proches	Favoriser la participation d'utilisateurs de services en santé mentale et de représentants de familles ou de proches à la planification de l'organisation des services.	Action continue
<b>Services de crise</b> Population, personnes ayant un trouble mental	Consolider la gamme de services de crise dans tous les territoires locaux : intervention téléphonique de crise ; service mobile « face à face » ; hébergement de crise ; suivi à court terme ; urgence hospitalière.	Action continue
<b>Centres jeunesse</b> Jeunes des CJ	<input checked="" type="checkbox"/> Achever, en priorité, la mise en place d'équipes de 2 <sup>e</sup> niveau dans les centres jeunesse. <input checked="" type="checkbox"/> Analyser les services résidentiels utilisés dans les CJ par des jeunes ayant un trouble mental.	2006-2007 Action continue
<b>Services résidentiels</b> Adultes	<input checked="" type="checkbox"/> Modifier ou réorganiser les ressources résidentielles destinées aux adultes. Le logement autonome doit être la formule privilégiée. <input checked="" type="checkbox"/> Promouvoir le logement autonome (logements sociaux, logements privés).	2005-2006 2005-2006
<b>Intégration au travail</b> Adultes	<input checked="" type="checkbox"/> Soutenir le développement de partenariats entre les employeurs et les organismes engagés en intégration au travail, en vue de favoriser la création d'emplois adaptés aux personnes ayant un trouble mental. <input checked="" type="checkbox"/> En collaboration avec les directions régionales d'Emploi-Québec, favoriser l'application des programmes de type CIT et y apporter les ajustements nécessaires.	2005-2006 2005-2006

Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010  
La force des liens

<b>Intervention préventive</b> Personnes suicidaires	Mettre en place des projets pilotes sur l'évaluation d'interventions destinées à rejoindre ( <i>reaching out</i> ) les hommes adultes en situation de vulnérabilité.	2005-2006
<b>Intervention en cas de crise suicidaire</b> Personnes suicidaires	<input checked="" type="checkbox"/> Concevoir des outils efficaces pour l'évaluation et la transmission d'information. <input checked="" type="checkbox"/> Soutenir la mise en réseau au niveau local. <input checked="" type="checkbox"/> Assurer l'accès à une expertise en matière de soutien clinique, psychosocial et médical et à une formation adéquate.	2005-2006 2005-2006 2005-2006
<b>Intervention relative aux personnes présentant un diagnostic de comorbidité</b> Personnes avec comorbidité	Soutenir la réalisation d'ententes de travail conjoint entre les centres de réadaptation en toxicomanie, en déficience intellectuelle et l'ensemble des CSSS.	Action continue

**ACTIONS PRIORITAIRES RELEVANT DU NIVEAU LOCAL (CSSS)**

POPULATION CIBLE	ACTIONS PRIORITAIRES	CALENDRIER
<b>Partenariat avec les personnes utilisant des services de santé mentale et les proches</b> Utilisateurs et proches	Favoriser la participation d'utilisateurs de services en santé mentale et de représentants de familles ou de proches à la planification de l'organisation des services.	Action continue
<b>Information et sensibilisation en santé mentale</b> Population en général	Organiser une campagne locale d'éducation en santé mentale en adaptant le thème national 2006-2007.	2006-2008
<b>Services courants (médicaux et psychosociaux)</b> Population en général	Mettre en place des mécanismes permettant un passage fluide des services courants vers les équipes de santé mentale de 1 <sup>re</sup> ligne et vice versa, afin d'assurer un traitement en 1 <sup>re</sup> ligne à toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se présentent dans les services généraux.	Action continue
<b>Services de crise</b> Population en général	<input checked="" type="checkbox"/> Conclure des ententes et mettre en place des mécanismes de liaison entre les services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie. <input checked="" type="checkbox"/> Faire connaître à la population un numéro de téléphone pour accéder à des services de crise en tout temps.	2005-2008 Action continue
<b>Évaluation et traitement</b> Jeunes	<input checked="" type="checkbox"/> Offrir aux jeunes un guichet d'accès aux services de traitement de 1 <sup>re</sup> ligne et de 2 <sup>e</sup> ligne. <input checked="" type="checkbox"/> Offrir les services d'une équipe de traitement de 1 <sup>re</sup> ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental. <input checked="" type="checkbox"/> Confier aux fournisseurs de services de 2 <sup>e</sup> ligne le mandat de consolider les services de traitements spécialisés pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental, en privilégiant les soins partagés et en tenant compte des services médicaux hiérarchisés.	2005-2006 2005-2006 2005-2010
<b>Évaluation et traitement</b> Adultes	<input checked="" type="checkbox"/> Offrir à la population visée un guichet d'accès aux services de traitement de 1 <sup>re</sup> et de 2 <sup>e</sup> ligne. <input checked="" type="checkbox"/> Donner accès à une équipe de traitement de 1 <sup>re</sup> ligne pour les adultes.	2005-2006
<b>Évaluation et traitement</b> Population en général	Les CSSS, en partenariat avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les omnipraticiens, les pédiatres, les pédopsychiatres et le Département régional de médecine générale (DRMG) de leur territoire, déposeront à l'ASSS et au MSSS une offre de services médicaux hiérarchisés pour répondre aux besoins des personnes ayant un trouble mental.	2005-2006
<b>Suivi intensif et soutien d'intensité variable</b> Adultes	<input checked="" type="checkbox"/> Poursuivre l'implantation du système de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. <input checked="" type="checkbox"/> Assurer la présence de pairs-aidants au sein de 30 % des équipes de soins.	Action continue 2005-2010
<b>Services résidentiels</b> Adultes	Offrir des services de soutien aux personnes atteintes d'un trouble mental vivant dans un logement autonome.	2005-2006
<b>Intégration au travail</b> Adultes	Offrir aux adultes atteints d'un trouble mental un service de soutien à l'intégration au travail.	Action continue
<b>Intervention préventive</b> Personnes suicidaires	Offrir 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.	2005-2007
<b>Intervention en cas de crise suicidaire</b> Personnes suicidaires	<input checked="" type="checkbox"/> Assurer l'accès à un suivi étroit (médical, psychosocial et dans la communauté) et de durée suffisante aux personnes ayant un potentiel suicidaire élevé. <input checked="" type="checkbox"/> Mettre en place des mécanismes de liaison et de transmission d'information entre les ressources et les services, incluant les services de 1 <sup>re</sup> ligne, les médecins et les services spécialisés.	2005-2007 2005-2007
<b>Intervention relative aux personnes présentant un diagnostic de comorbidité</b> Personnes avec comorbidité	Établir une collaboration avec les partenaires pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité (santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle).	2005-2007

