



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Évaluation des soins et des services en santé mentale

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-83738-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Rédaction

Andréa Pelletier, conseillère en évaluation
Jean-Philippe Marquis, conseiller en évaluation

Sous la direction de

Geneviève Boucher Directrice, Direction de l'évaluation
Valérie Perron Directrice générale adjointe par intérim, Direction générale adjointe de l'information, de la performance et de l'évaluation

Membres du comité de suivi

Marité Lord Chargée de projet, ReprésentACTION Santé mentale Québec
Andrée Duquette Directrice adjointe des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Élisabeth Hamel Directrice des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Est
Lila Amirali Pédopsychiatre, CUSM
Marc Labonté Directeur des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Diane Harvey Directrice, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
Catherine Briand Chercheure, Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Marie-Josée Fleury Chercheure, Institut universitaire en santé mentale Douglas
Janie Houle Chercheure, UQAM
Sandra Bellemare Directrice par intérim, Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale, MSSS
Geneviève Lessard Conseillère en santé mentale, Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale, MSSS

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la présente démarche évaluative. En premier lieu, nos sincères remerciements s'adressent aux intervenants¹ du réseau de la santé et des services sociaux, aux partenaires ainsi qu'aux usagers² des services en santé mentale qui ont accepté de partager leur expérience avec nous. Chaque point de vue recueilli a permis d'enrichir les constatations présentées dans le présent rapport.

Nous souhaitons également mettre en relief la précieuse collaboration des répondants désignés dans les différents établissements visités, qui ont consacré temps et énergie pour s'assurer du bon déroulement de notre collecte de données sur le terrain.

Enfin, nous remercions les membres du comité de suivi de l'évaluation pour leur participation engagée tout au long de la démarche évaluative dont il est ici question, ainsi que pour leurs précieux commentaires.

-
1. Dans le présent document, nous utilisons le mot « intervenants » pour désigner un ensemble de professionnels de la santé, hommes autant que femmes, qui exercent leurs activités dans les diverses disciplines liées à la santé mentale, telles que la médecine de famille, la pédiatrie, la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la psychologie, le personnel infirmier, le travail social, l'éducation spécialisée, etc.
 2. Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Liste des tableaux.....	iv
Liste des sigles et des acronymes.....	v
1. Messages-clés.....	1
2. Contexte de l'évaluation et méthode utilisée.....	2
2.1 Objectifs d'évaluation.....	2
2.2 Sources de données.....	3
2.3 Limites de la démarche évaluative.....	3
3. Résultats liés à la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale 2015-2020.....	4
3.1 Constatations générales.....	4
3.2 Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté.....	5
3.2.1 Primauté de la personne dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	5
3.2.2 Mise en place de conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté.....	6
3.3 Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte.....	7
3.3.1 Soutenir le développement optimal des enfants : une responsabilité partagée.....	7
3.3.2 Répondre aux besoins des jeunes en fonction de leur développement.....	8
3.3.3 Offrir des services adéquats aux jeunes atteints d'un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse.....	8
3.3.4 Intervenir de façon précoce et adaptée auprès des jeunes qui vivent un premier épisode psychotique.....	8
3.4 Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins.....	9
3.4.1 Soutenir le partenariat et la collaboration interprofessionnelle.....	9
3.4.2 Promouvoir et soutenir les bonnes pratiques en matière de soutien clinique.....	11
3.4.3 Consolider les mesures inscrites dans le PASM 2005-2010.....	11
3.4.4 Services de psychiatrie légale et en milieu carcéral.....	13
4. Résultats liés à l'appréciation des itinéraires et de l'expérience-patient en santé mentale.....	14
4.1 Expérience globale des usagers dans le continuum de soins et de services en santé mentale.....	14
4.1.1 Réponse aux besoins de l'utilisateur.....	15
4.1.2 Participation de la personne utilisatrice de services et participation des membres de son entourage.....	15
4.1.3 Qualité de la relation avec les intervenants.....	15
4.1.4 Continuité des services.....	16
4.1.5 Accès aux soins et aux services en santé mentale.....	17
4.1.6 Rétablissement de l'utilisateur.....	17
Annexe 1. Contexte de l'évaluation.....	18
Annexe 2. Tableau synthèse – Situation de l'implantation des mesures du PASM.....	22
Annexe 3. Accès aux soins et aux services en santé mentale.....	37
Annexe 4. Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers.....	39
Annexe 5. Tableau synoptique de l'évaluation des soins et des services en santé mentale.....	42

Liste des tableaux

Tableau 1.	Objectifs spécifiques de l'évaluation	2
Tableau 2.	Sources de données.....	3
Tableau 3.	Répartition des participants aux groupes de discussion, selon les objectifs du PASM.....	19
Tableau 4.	Répartition des usagers qui ont participé à la démarche de reconstruction de l'itinéraire, selon le sexe, le groupe d'âge, le profil et le type de services reçus	20
Tableau 5.	Répartition des usagers qui ont participé aux groupes de discussion, selon différentes caractéristiques	21
Tableau 6.	Résultats liés à certains indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, selon le site évalué.....	37
Tableau 7.	Résultats liés à certains indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, selon le type de services reçus.....	38
Tableau 8.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème A – réponse aux besoins de l'utilisateur), selon le site évalué.....	39
Tableau 9.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème B – participation de la personne utilisatrice de services et participation des membres de son entourage), selon le site évalué	39
Tableau 10.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème C – la qualité de la relation avec les intervenants), selon le site évalué.....	40
Tableau 11.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème D – la continuité des services), selon le site évalué	40
Tableau 12.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème E – l'accessibilité aux services), selon le site évalué	41
Tableau 13.	Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème F – le rétablissement de l'utilisateur), selon le site évalué.....	41

Liste des sigles et des acronymes

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CRDS	Centre de répartition des demandes de services
DE	Direction de l'évaluation
DSMDI	Directeur du programme Santé mentale, dépendance et itinérance
DSSMPL	Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LPP	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
NSA	Niveau de soins alternatif
PASM	Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – <i>Faire ensemble et autrement</i>
PEP	Premiers épisodes psychotiques
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
PRSM	Professionnel répondant en santé mentale
RNI	Ressources non institutionnelles
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable

1. Messages-clés

Légende : (+) Bons coups ou facteurs facilitants ou retombées positives (±) Travaux à poursuivre (-) Enjeux à surveiller ou obstacles

❖ MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020

- + De nombreux projets porteurs en lien avec la santé mentale ont été développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au cours de la période de mise en place du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM). La consolidation de ces nouvelles pratiques se poursuit dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en vue d'améliorer l'accès aux soins et aux services en santé mentale.
- + De l'avis des personnes consultées, les principales retombées de la mise en œuvre du PASM sont :
 - le développement d'une plus grande concertation entre le RSSS et ses partenaires;
 - l'intensification du repérage et de la détection des jeunes qui présentent un problème de dépendance ou de santé mentale;
 - la présence d'une offre de services consolidée (par exemple, des services d'intervention de crise, des services de suivi étroit, des mesures de suivi dans la communauté) favorisant la mise en place d'un filet de sécurité pour les personnes qui présentent un trouble mental;
 - une réponse plus adaptée aux besoins de ces personnes.
- ± Les travaux sont terminés en ce qui concerne 24 des 66 actions (36,4 %) inscrites dans le PASM. Pour les autres actions, les travaux sont tout de même bien avancés, ceux à venir consistant, principalement, à consolider les nouveaux processus et mécanismes mis en place.
- ± En raison du nombre important d'actions (35) qui relèvent des établissements et à cause de la nécessité de mettre sur pied plusieurs chantiers de première importance pour atteindre les objectifs fixés par le MSSS, les travaux se poursuivent dans le RSSS, particulièrement en ce qui concerne les actions ayant pour objectif de soutenir la collaboration interprofessionnelle et les bonnes pratiques en matière de soutien clinique.
- Des enjeux liés à la rétention des intervenants du RSSS, au maintien de l'expertise et au recrutement de professionnels qui ont les compétences nécessaires, en contexte de rareté de la main-d'œuvre, ont été reconnus comme principaux obstacles à l'atteinte des objectifs du PASM. Dans ce contexte, les travaux prévus pour la mise en œuvre des mesures n'ont pas pu être exécutés au rythme souhaité.

❖ APPRÉCIATION DES ITINÉRAIRES ET DE L'EXPÉRIENCE-PATIENT EN SANTÉ MENTALE

- + En majorité, au cours de la période 2015-2020, les usagers consultés ont eu une expérience plutôt positive à l'intérieur du continuum de soins et de services en santé mentale, particulièrement les personnes qui ont reçu des services dans la communauté (suivi intensif dans le milieu [SIM] et soutien d'intensité variable [SIV]). Cette expérience se traduit par des soins et des services de qualité prodigués par des intervenants compétents avec lesquels il est possible d'établir une relation de confiance.
- Toutefois, la continuité des services et leur accessibilité constituent les principaux aspects qu'il faut améliorer à propos de l'expérience-patient en santé mentale. Les insatisfactions se situent, principalement, sur le plan de l'échange de renseignements entre les intervenants, lequel échange est considéré comme insuffisant, ainsi que sur le plan du manque de suivi à la suite d'un séjour en milieu hospitalier et de la présence de longues marches à suivre pour accéder aux soins et aux services à partir des centres locaux de services communautaires (CLSC).
- Certaines expériences négatives ont été vécues par les usagers qui ont consulté à l'urgence et par ceux qui ont été hospitalisés. Ces expériences sont liées, principalement, au sentiment de discrimination et de stigmatisation que vivent les personnes qui présentent un trouble mental, ce qui engendre, de la part des intervenants, un comportement infantilisant à leur égard ou, encore, un manque de reconnaissance de leur capacité à prendre des décisions.

2. Contexte de l'évaluation et méthode utilisée

La Direction de l'évaluation (DE) du MSSS a été mandatée, en 2016, par la Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale (DSSMPL) pour entreprendre une démarche évaluative ayant pour but d'analyser les différentes retombées engendrées par la mise en œuvre du PASM sur le continuum de soins et de services en santé mentale.

Diffusé en octobre 2015, ce plan d'action vise, principalement, à mobiliser le RSSS et ses partenaires en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des usagers et des membres de leur entourage. Il contient 40 mesures, réparties en 3 grandes orientations :

- promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté (8 mesures);
- assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte (9 mesures);
- favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins (23 mesures).

2.1 Objectifs d'évaluation

La démarche évaluative poursuit sept objectifs spécifiques, répartis dans trois volets, pour répondre aux besoins d'information exprimés par la DSSMPL.

TABLEAU 1. Objectifs spécifiques de l'évaluation

VOLET 1 : L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PASM
1. Décrire les processus de mise en œuvre des mesures inscrites dans le PASM.
2. Apprécier le niveau réel de la mise en œuvre du PASM.
3. Déterminer les facteurs qui facilitent cette mise en œuvre et les obstacles qui lui nuisent.
VOLET 2 : LA RECONSTRUCTION DE L'ITINÉRAIRE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE
4. Décrire les services spécifiques et spécialisés reçus par les usagers, et vérifier l'atteinte des objectifs cliniques.
5. Comparer les interventions reçues au regard, notamment, de la conformité aux standards ministériels repérés dans le PASM, les délais d'accès, la continuité et la hiérarchisation des services.
VOLET 3 : L'APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE-PATIENT EN SANTÉ MENTALE
6. Établir une vue d'ensemble de l'expérience-patient pour les personnes utilisatrices de services à l'intérieur du continuum de soins et de services en santé mentale.
7. Déterminer les forces et les faiblesses, du point de vue de l'utilisateur, de la prestation de soins et de services en santé mentale en vue de repérer des pistes de solution pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, ainsi que la continuité des services.

2.2 Sources de données

Différentes sources et méthodes de collecte de données³ ont été utilisées pour répondre à ces objectifs.

TABLEAU 2. Sources de données

VOLET 1 : L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PASM
1. Questionnaires portant sur la mise en œuvre des mesures inscrites dans le PASM transmis en mars 2018 et en juillet 2019 aux directeurs du programme Santé mentale, dépendance et itinérance (DSMDI) de 28 établissements.
2. Groupes de discussion menés, au cours de l'hiver 2020, dans 5 établissements auprès de 128 intervenants du RSSS et de partenaires, sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none">▪ le soutien dans la poursuite du parcours scolaire des jeunes qui présentent un trouble mental et de ceux considérés comme à risque;▪ le soutien aux médecins de famille et aux pédiatres dans leur pratique;▪ les services de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.
VOLET 2 : LA RECONSTRUCTION DE L'ITINÉRAIRE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE
3. Consultation, au cours de l'automne 2018, des dossiers cliniques de 63 usagers, répartis dans 5 établissements.
4. Entrevues téléphoniques faites au cours de l'automne 2018 auprès de 56 usagers (sur les 63 sollicités).
VOLET 3 : L'APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE-PATIENT EN SANTÉ MENTALE
5. Groupes de discussion menés, au cours de l'hiver 2020, dans 5 établissements auprès de 18 usagers qui ont reçu des soins et des services en santé mentale.

2.3 Limites de la démarche évaluative

La portée et les limites de la présente démarche évaluative sont les suivantes.

- En ce qui concerne la majorité des mesures du PASM pour lesquelles une action était attendue de la part des établissements, seul le point de vue des DSMDI et de leurs partenaires a pu être pris en considération lorsque les questionnaires ont été remplis. Puisque les DSMDI sont responsables de la mise en œuvre des mesures du PASM dans chacun de leurs établissements, les résultats liés à celle-ci peuvent être présentés sous un angle favorable.
- Un nombre limité de thèmes ont été abordés par l'intermédiaire des groupes de discussion menés auprès des responsables de la mise en œuvre de certaines mesures du PASM et auprès des partenaires. Ces thèmes ont toutefois été sélectionnés en collaboration avec la DSSMPL pour donner la priorité à ceux pour lesquels le besoin d'information était plus important.
- Les établissements sélectionnés pour la mise sur pied de groupes de discussion ont vécu des difficultés en lien avec le recrutement de médecins de famille, de pédiatres et d'usagers pouvant participer à cette démarche.
- Bien que 74 usagers aient été consultés lors de cette démarche évaluative, les résultats liés à l'expérience-patient en santé mentale doivent être interprétés avec prudence. En raison du nombre limité d'usagers volontaires, les établissements n'ont pas été en mesure d'assurer une certaine représentativité de leurs utilisateurs de soins et de services en santé mentale.
- Cette démarche évaluative permet seulement de capter les effets immédiats engendrés par la mise en œuvre du PASM.

3. L'Annexe 1 présente la méthode utilisée pour chacun des volets de la démarche évaluative.

3. Résultats liés à la mise en œuvre du Plan d'action en santé mentale 2015-2020

Cette section contient les principaux résultats liés à la mise en œuvre des 40 mesures inscrites dans le PASM. Ces mesures se définissent par 66 actions. Les données proviennent, principalement, des questionnaires remplis en mars 2018 et au cours de l'été 2019 par les DSMDI du RSSS, ainsi que des groupes de discussion menés durant l'hiver 2020⁴.

Les résultats sont présentés en fonction des trois orientations et des principaux objectifs du PASM. Ils sont aussi classés en trois catégories : (+) bons coups, facteurs facilitants ou retombées positives, (±) travaux à poursuivre, (–) enjeux à surveiller ou obstacles.

3.1 Constatations générales

- + De 2015-2016 à 2017-2018, le MSSS a attribué environ 107 M\$⁵ pour soutenir le déploiement de projets particuliers liés au PASM. Ces investissements ont été dédiés, principalement, au déploiement de places d'hébergement dans la communauté, à la consolidation des équipes de soutien dans la communauté (services SIM, SIV et premier épisode psychotique [PEP]) et au démarrage du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM).
- + En mai 2019, le MSSS a alloué un financement ponctuel de 20 M\$ pour gérer les listes d'attente dans le domaine de la santé mentale. Des investissements récurrents de 20 M\$ ont aussi été annoncés pour assurer la pérennité du projet Aire ouverte.
- ± De nombreux projets porteurs⁶ en lien avec la santé mentale ont été mis au point par le MSSS au cours de la dernière étape de l'implantation du PASM. En raison du nombre important d'actions, soit 35, qui relèvent du RSSS et de la nécessité de mettre sur pied plusieurs chantiers de première importance pour atteindre les objectifs fixés par le MSSS, les travaux se poursuivent dans le RSSS en vue de consolider les nouvelles pratiques mises en place.
- ± Les travaux sont terminés en ce qui concerne 24 des 66 actions (36,4 %) inscrites dans le PASM. Pour les autres actions, les travaux sont tout de même bien avancés, ceux à venir consistant, principalement, à consolider les nouveaux processus et mécanismes mis en place.
- ± Les travaux sont terminés pour la majorité des actions en lien avec les services de psychiatrie légale et en milieu carcéral.
- ± Le degré d'implantation est moins élevé pour les actions dont le but est de soutenir la collaboration interprofessionnelle et les bonnes pratiques en matière de soutien clinique.
- Des enjeux liés à la rétention des intervenants du RSSS, au maintien de l'expertise et au recrutement de professionnels qualifiés, en contexte de rareté de la main-d'œuvre, ont été relevés par les établissements comme principaux obstacles à l'atteinte des objectifs du PASM. Dans ce contexte, les travaux prévus pour la mise en œuvre des mesures n'ont pas pu être exécutés au rythme souhaité.
- L'absence de lignes directrices ou d'orientations claires de la part du MSSS pour la mise en œuvre de certaines mesures (par exemple, la fonction de professionnel répondant en santé mentale [PRSM],

4. L'Annexe 2 présente un tableau synthèse où est indiqué, pour chacune des mesures et actions du PASM, le responsable de l'implantation, la situation de cette implantation, les résultats, ainsi que les différentes sources de données.

5. Répartition du 107 M\$: 35 M\$ pour le PQPTM, 26,5 M\$ pour les équipes de soutien dans la communauté, 30,7 M\$ pour prévenir et résoudre les situations d'usagers en attente d'un niveau de soins alternatif dans les lits de courte durée et 15 M\$ pour le rehaussement des services de psychologie destinés aux jeunes en difficulté.

6. Exemples : Modèle de soins par étape, Aire ouverte, PQPTM, Programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques.

les mesures de soutien clinique et les mesures de suivi étroit) constitue un obstacle à la mise en place et au déploiement harmonisé de ces mesures dans le RSSS.

- L'absence de mécanismes officiels et constants pour le suivi de la mise en œuvre⁷ du PASM par la DSSMPL a nui à l'avancement des travaux et au déploiement des mesures dans le RSSS. Notons, toutefois, que des plans de mise en œuvre ont été élaborés par les établissements et qu'un suivi particulier a été fait par la DSSMPL au sujet de la mise en œuvre des plans d'action sur la primauté de la personne.

3.2 Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté

CE QUE L'ON DOIT RETENIR

- Le déploiement de campagnes nationales de sensibilisation et de plans d'action régionaux sur la primauté de la personne dans le RSSS a permis de poursuivre les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui présentent un trouble mental. Les travaux pour diminuer, dans la société, cette stigmatisation et cette discrimination continuent.
- La faible disponibilité de logements autonomes à coût abordable constitue un obstacle à la mise en place d'un continuum fluide en matière de services d'hébergement en santé mentale.
- La présence de listes d'attente importantes limite la capacité du RSSS à répondre, en temps opportun, aux besoins des jeunes qui présentent un trouble mental, malgré la présence d'ententes et de mécanismes de concertation avec les établissements du réseau de l'éducation.
- Les initiatives mises en place dans le RSSS pour favoriser le retour au travail ou l'embauche de personnes qui présentent un trouble mental se poursuivent.

3.2.1 Primauté de la personne dans le réseau de la santé et des services sociaux

- + De l'avis des personnes consultées, la mise en œuvre des plans d'action régionaux sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services a engendré les retombées suivantes :
 - une meilleure connaissance des droits des usagers par les intervenants et, ainsi, un plus grand respect de ces droits;
 - une plus grande implication des usagers et des membres de leur entourage dans la planification et l'organisation des services;
 - un renforcement des liens de collaboration avec les partenaires, notamment les organismes en défense des droits et les associations de familles et amis de la personne qui présente un trouble mental.
- + Depuis l'automne 2014, le MSSS mène annuellement une campagne d'information et de sensibilisation sur les troubles anxieux. Ces campagnes jouissent d'une bonne notoriété et contribuent ainsi à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes qui présentent un trouble mental⁸.
- ± La mise en œuvre du plan d'action sur la primauté de la personne se poursuit de façon continue dans le RSSS. Les travaux liés, d'une part, à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui présentent un trouble mental, et liés, d'autre part, à la mise en place de soins et de services axés sur le rétablissement semblent moins avancés dans le RSSS que ceux liés au respect des

7. Exemple : les responsables de chacune des actions qui remplissent une fiche de suivi sur une base annuelle.

8. Les détails de ces campagnes sont présentés à l'annexe 2.

droits des usagers de même qu'à l'implication des usagers et des membres de l'entourage dans la planification et l'organisation des services.

3.2.2 Mise en place de conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté

Un logement qui répond aux besoins des personnes

- + La Société d'habitation du Québec (SHQ) a respecté ses engagements par rapport à l'offre de logements abordables pour les personnes itinérantes et celles qui présentent des troubles mentaux.
- + D'après les répondants, la réorganisation de l'offre de services en hébergement a pour effet de favoriser :
 - l'offre de services d'hébergement adaptée aux besoins et aux préférences des usagers;
 - la diminution des délais d'accès aux ressources résidentielles et une plus grande fluidité dans le continuum de services;
 - l'utilisation optimale des lits d'hospitalisation en psychiatrie par la diminution du nombre d'usagers en attente d'un niveau de soins alternatif⁹ (NSA) dans ces lits.
- Le déploiement de nouvelles ressources résidentielles adaptées aux besoins des personnes qui présentent un trouble mental¹⁰ est limité par le manque d'intérêt des promoteurs vis-à-vis des appels d'offres du RSSS et par la faible capacité des établissements sur le plan financier.
- Une faible disponibilité de logements autonomes à coût abordable est observée dans plusieurs villes du Québec, ce qui limite la sortie des usagers du parc d'hébergement en santé mentale. Des besoins ont aussi été repérés par rapport à l'offre de mesures de soutien communautaire dans les logements sociaux.

Soutenir la poursuite du parcours scolaire des jeunes qui présentent un trouble mental et de ceux considérés comme à risque

- + Selon les personnes consultées, l'amélioration de la concertation entre le RSSS et le réseau de l'éducation, qui repose principalement sur la présence d'agents de liaison et de comités locaux et régionaux liés à l'entente de complémentarité des services, a pour effet de favoriser :
 - le repérage et le dépistage des jeunes qui présentent un trouble mental;
 - la continuité dans le parcours de ces jeunes en matière de soins et de services.
- ± En ce qui concerne les ententes qui existent entre ces deux réseaux, les travaux se poursuivent dans le but de consolider les trajectoires prévues pour les jeunes qui présentent un trouble mental et leur famille, y compris les mécanismes et processus d'accès à ces services.
- ± Des enjeux de communication entre les deux réseaux persistent malgré la présence de mécanismes de concertation, l'information ne se rendant pas toujours aux intervenants sur le terrain. Les mandats et les responsabilités de chacun doivent être bien compris pour éviter le double emploi et pour intervenir plus efficacement auprès des jeunes.
- En raison des listes d'attente importantes en ce qui a trait à l'accès aux services en santé mentale, plusieurs établissements ne sont pas en mesure de répondre en temps opportun aux besoins

9. Définition donnée par l'Institut canadien d'information sur la santé : « Lorsqu'un patient occupe un lit dans un établissement sans qu'il nécessite le niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve. »

10. Exemples : troubles concomitants, troubles graves du comportement, démêlés avec la justice, en perte d'autonomie, statut NSA.

des jeunes que le milieu scolaire dirige vers eux. Cette situation limite la possibilité d'intervenir précocement auprès des jeunes pour éviter que leur état de santé se détériore.

Favoriser l'implication sociale, l'intégration socioprofessionnelle et le maintien en emploi des personnes qui présentent un trouble mental

- + La mise en place de pratiques organisationnelles favorisant la santé mentale semble avoir un effet positif sur la présence des employés au travail et sur leur rétention. De plus, dans certains établissements, la bonification du soutien offert aux employés en situation d'invalidité tend à favoriser une réintégration plus rapide en emploi.
- ± Les initiatives mises en place par le RSSS pour favoriser le retour au travail des employés absents en raison de troubles mentaux se poursuivent. Des activités de promotion et de sensibilisation sont aussi prévues pour informer davantage les employés quant aux ressources d'aide disponibles ainsi que pour lutter contre la discrimination à l'intérieur du processus d'embauche.

3.3 Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte

CE QUE L'ON DOIT RETENIR

- Un réseau de services intégrés (Aire ouverte) pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans se déploie progressivement dans les différentes régions du Québec en vue de mieux répondre aux besoins des jeunes.
- La présence de listes d'attente importantes limite les possibilités de détection rapide des problèmes de dépendance et de santé mentale auprès des parents à risque d'en être atteints de même que les possibilités de co-intervention entre les équipes jeunesse, dépendance et santé mentale qui font partie du RSSS.
- Les travaux se poursuivent pour développer une meilleure harmonisation entre le RSSS et le milieu scolaire pour bonifier le repérage, la détection et la référence des jeunes en situation de vulnérabilité (santé mentale, dépendance et itinérance).
- La mobilité du personnel et la difficulté à offrir de la formation en continu pour assurer le maintien de l'expertise dans les équipes constituent des obstacles à l'application systématique du protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire.
- Une proportion de 70 % des places requises dans les services PEP ont été développées en raison des difficultés qui persistent quant au recrutement des ressources médicales et professionnelles (70 % des ETC requis sont en place).

3.3.1 Soutenir le développement optimal des enfants : une responsabilité partagée

- + L'intensification de la détection des problèmes de dépendance et de troubles mentaux auprès des parents ciblés a été facilitée par la présence de modalités de collaboration entre les équipes jeunesse, dépendance et santé mentale du RSSS.
- + Les différents mécanismes mis en place pour soutenir les intervenants dans le processus de détection de ces problèmes semblent avoir un effet positif sur leur capacité à dépister précocement les problèmes vécus par les parents et à intervenir rapidement pour éviter la détérioration des problèmes familiaux. Dans certains établissements, une amélioration a aussi été constatée par rapport à la continuité des services jeunesse et adulte, ce qui permet de mieux répondre aux besoins des parents et des enfants.
- La présence de délais d'attente importants avant la prise en charge des parents et des enfants limite, d'une part, les possibilités de détection rapide des problèmes de dépendance et de troubles

mentaux auprès des parents à risque et, d'autre part, les possibilités de co-intervention entre les professionnels impliqués.

3.3.2 Répondre aux besoins des jeunes en fonction de leur développement

- + La mise en place de mécanismes de détection des problèmes de dépendance et de santé mentale dans les milieux de vie des jeunes semble favoriser la possibilité de diriger, en temps opportun, vers les bons services.
- + Les répondants ont également observé un effet positif par rapport à la fluidité des services pour les jeunes lorsqu'ils passent à l'âge adulte.
- ± Plusieurs chantiers sont en cours dans le RSSS pour mieux répondre aux besoins des jeunes :
 - l'élaboration d'une trajectoire entre les services jeunesse et adulte pour assurer une meilleure transition au moment de passer à l'âge adulte;
 - la mise en place d'un mécanisme d'accès aux services jeunesse qui offre aux jeunes une porte d'entrée unique dans le RSSS, peu importe le problème pour lequel ils ont besoin de consulter;
 - le développement de services de proximité pour les jeunes, notamment par le déploiement, dans les lieux qu'ils fréquentent, d'intervenants en dépendance;
 - le déploiement progressif d'un réseau de services intégrés (Aire ouverte) pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans.
- ± Les travaux se poursuivent dans le RSSS en vue de mettre au point une meilleure harmonisation avec le milieu scolaire pour bonifier le repérage, la détection et la référence des jeunes en situation de vulnérabilité (santé mentale, dépendance et itinérance). L'offre de formation pour les partenaires se poursuit également.

3.3.3 Offrir des services adéquats aux jeunes atteints d'un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse

- + Selon les répondants, le déploiement des équipes de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en prévention du suicide de même que le déploiement d'un protocole d'intervention dans les centres jeunesse favorisent la mise en place d'un filet de sécurité pour les jeunes en situation de risque suicidaire et une réponse adaptée à leurs besoins.
- ± En vue de respecter les orientations ministérielles, des travaux de mise à jour du protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire ont été exécutés par les établissements. De plus, les activités de formation se poursuivent pour que les équipes s'approprient davantage le contenu de ce protocole.
- La mobilité du personnel et la difficulté à offrir de la formation en continu pour assurer le maintien de l'expertise dans les équipes constituent des obstacles importants à l'application systématique de ce protocole.

3.3.4 Intervenir de façon précoce et adaptée auprès des jeunes qui vivent un premier épisode psychotique

- + Par le développement de services spécifiques, les jeunes qui vivent un PEP ont de plus en plus accès, en temps opportun, à une offre de service structurée et adaptée à leurs besoins. De l'avis des personnes consultées, cette prise en charge précoce a aussi pour effet de favoriser le rétablissement de ces jeunes et de diminuer leur recours aux services hospitaliers et spécialisés.

- ± En date du mois d'août 2019, sur les 3 136 places requises, 2 426 places dans les services PEP avaient été déployées. Toutefois, étant donné que certaines de ces places ont été développées en surnombre dans certains établissements, ce sont 70 % des places requises (2 195/3 136) qui ont été réellement déployées.
- ± Les travaux se poursuivent pour consolider les équipes et l'offre de service pour les PEP dans le respect des normes et standards établis dans le cadre de référence ministériel. Des activités de promotion liées à cette offre de service et aux mécanismes de référence sont aussi accomplies auprès des partenaires.
- ± Certains établissements, situés dans les régions éloignées principalement, n'ont pas développé des services spécifiques pour ces jeunes. Cette situation peut s'expliquer par le faible volume de jeunes pouvant présenter un PEP ainsi que par la présence de petites équipes cliniques responsables de l'ensemble des soins et des services en santé mentale.
- Des difficultés persistent quant au recrutement des ressources médicales et professionnelles nécessaires à l'atteinte des ratios établis en raison de la rareté de la main-d'œuvre et du manque de ressources financières pour la création de postes. En date du mois d'août 2019, 70 % des équivalents à temps complet (ETC) requis (137/196) étaient en place dans le RSSS.

3.4 Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins

CE QUE L'ON DOIT RETENIR

- La continuité des services en santé mentale est limitée par le manque d'harmonisation entre le Guichet d'accès en santé mentale (GASM) et le Centre de répartition des demandes de services (CRDS), de même que par l'utilisation de différents systèmes d'information à l'intérieur d'un même établissement.
- Les mécanismes de soutien clinique existants sont peu diffusés; par conséquent, ils sont peu utilisés par les médecins de famille et les pédiatres. En raison d'un manque d'effectif, la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) se déploie progressivement auprès des groupes de médecine de famille (GMF).
- Les services d'intervention de crise sont disponibles et bien connus sur le territoire des différents établissements.
- Les pratiques liées aux services de suivi étroit auprès des personnes à potentiel suicidaire élevé doivent être harmonisées pour améliorer l'accès à ces services. Les responsabilités de l'ensemble des programmes-services doivent aussi être clairement déterminées.
- Le déploiement des services de SIV et de SIM est limité par la difficulté des établissements à recruter des professionnels qualifiés et des intervenants pairs aidants.

3.4.1 Soutenir le partenariat et la collaboration interprofessionnelle

Renforcer la continuité des services en santé mentale

- + La mise en place de mécanismes de concertation a pour effet d'améliorer l'harmonisation entre le milieu communautaire et le RSSS, ce qui, par le fait même, augmente la connaissance de chacun des partenaires et de leurs enjeux respectifs.
- + Selon les personnes consultées, la mise en place de la gestion intégrée du continuum de soins et de services en santé mentale dans l'ensemble des établissements a pour effet :
 - de réduire les délais d'accès aux services;
 - d'améliorer la fluidité entre les services spécifiques et spécialisés;

- d'offrir une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et le niveau de services offert.
- ± Des travaux importants sont en cours au MSSS pour assurer la complémentarité entre le GASM et le CRDS. La présence d'un système parallèle de référence pour l'accès aux soins et aux services de santé mentale occasionne de nombreux irritants dans le RSSS.
- Différents systèmes d'information sont utilisés à l'intérieur des établissements, ce qui constitue un obstacle important au partage de l'information, entre les différents partenaires, en ce qui concerne le suivi clinique des usagers.
- Les indicateurs liés à la reddition de comptes mettent l'accent sur le volume d'usagers desservis et sur le nombre d'actes accomplis. De l'avis des intervenants rencontrés, cette situation constitue un obstacle important au déploiement d'une plus grande concertation entre les partenaires et au déploiement des mécanismes de soutien clinique, puisque le temps dédié par un intervenant à ces actions n'est pas comptabilisé et, ainsi, cela peut nuire au rendement de l'établissement.

Soutenir les médecins de famille et les pédiatres

- + Les médecins de famille et les pédiatres qui ont déjà fait appel aux mécanismes de soutien semblent satisfaits des conseils reçus. Ils démontrent aussi une plus grande ouverture à la nécessité de poursuivre le suivi de leurs patients qui présentent un trouble mental, car ils savent qu'en cas de besoin, ils peuvent se référer à un MSRP. Dans ce contexte, une diminution des demandes de référence pour une consultation en psychiatrie a été observée dans certains établissements.
- Un sentiment d'impuissance persiste toutefois chez les médecins de famille et les pédiatres face à la place grandissante qu'occupent les troubles mentaux dans leur pratique et devant les difficultés de leurs patients lorsqu'il s'agit d'accéder à des services psychosociaux répondant à leurs besoins.
- Les renseignements au sujet du suivi clinique de leurs patients qui sont dirigés vers le GASM sont rarement communiqués aux médecins de famille et aux pédiatres. Bien qu'ils reçoivent un accusé de réception de leur demande, ils sont peu informés du début et de la fin de l'épisode de services.
- Les services de soutien clinique semblent peu connus et, de ce fait, ils sont peu utilisés par les médecins de famille et les pédiatres. Pour certains d'entre eux, la consultation avec un MSRP ne répond pas totalement à leurs besoins. Lorsqu'ils parviennent à l'étape de diriger l'un de leurs patients vers les services spécialisés, ils souhaitent que ce patient soit évalué par un psychiatre ou par un pédopsychiatre pour cadrer le diagnostic et pour s'assurer que le suivi est adéquat, et non pas pour avoir seulement des conseils téléphoniques.
- Un enjeu de première importance persiste par rapport aux patients orphelins qui présentent un trouble mental et qui sont inscrits au Guichet d'accès aux médecins de famille. Plusieurs établissements sont à la recherche de solutions pour favoriser la prise en charge de ces patients par les médecins de famille.

Soutenir les partenaires internes et externes des établissements

- + Le déploiement des fonctions de PRSM et de MSRP permet d'offrir un meilleur soutien aux partenaires et, ainsi, de rehausser leurs compétences pour intervenir auprès des personnes qui présentent un trouble mental. De plus, un effet positif est observé dans certains établissements par rapport à la prise en charge de ces personnes puisqu'elles obtiennent de plus en plus une réponse intégrée et adaptée à leurs besoins.
- ± Malgré l'absence de balises ministérielles pour encadrer la fonction de PRSM, du soutien est tout de même offert aux partenaires par l'intermédiaire d'intervenants assumant, notamment, les rôles de

spécialiste en activités cliniques, d'agent de liaison ou de coordonnateur clinique en santé mentale. Ce soutien est principalement déployé auprès des médecins de famille dans les GMF, auprès des équipes d'autres programmes-services et auprès de certains organismes communautaires.

- En raison d'une compréhension variable de la fonction de MSRP, le déploiement de cette fonction semble varier selon les territoires d'un même établissement de même qu'entre les différents établissements. Une harmonisation des pratiques et du rôle associés au MSRP est souhaitée.
- Le manque d'effectif en psychiatrie et en pédopsychiatrie constitue un frein important au déploiement de la fonction de MSRP dans l'ensemble des territoires. De plus, les modes de financement et de reconnaissance des MSRP ne semblent pas favoriser l'implication des médecins spécialistes dans cette fonction.

3.4.2 Promouvoir et soutenir les bonnes pratiques en matière de soutien clinique

- + De l'avis des personnes consultées, la mise en place de mesures de soutien clinique contribue à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux usagers, notamment par le développement de pratiques collaboratives, le rehaussement des compétences, la mise à jour des connaissances des intervenants et la mise en place des pratiques cliniques considérées comme les meilleures.
- + La prévention de l'épuisement professionnel est aussi favorisée par la mise en place de ces mesures, ce qui contribue à une meilleure rétention du personnel dans certains établissements.
- ± Les travaux se poursuivent dans le RSSS pour :
 - consolider les postes d'encadrement clinique¹¹;
 - définir les rôles et les responsabilités des différents titres d'emploi en cause;
 - renforcer, auprès des intervenants, les fonctions de soutien clinique des superviseurs;
 - déployer des communautés de pratique et des activités de codéveloppement pour favoriser la discussion clinique à propos des cas complexes.
- Pour les établissements, il demeure difficile d'assurer, selon un ratio adéquat, la présence de spécialistes en activités cliniques en santé mentale adulte et jeunesse, notamment en raison de la rareté de la main-d'œuvre et du manque d'intervenants ayant les compétences requises pour assumer cette fonction. En raison des nombreuses tâches et responsabilités attribuées, les spécialistes en activités cliniques manquent actuellement de temps pour soutenir les intervenants en matière clinique.

3.4.3 Consolider les mesures inscrites dans le PASM 2005-2010

Services d'intervention de crise

- + D'après les répondants, les services d'intervention de crise¹² sont disponibles et bien connus sur le territoire des différents établissements. Cette offre de services consolidée permet d'offrir une réponse rapide et adaptée aux besoins des personnes. Par conséquent, la qualité de ce suivi et la mise en place d'un filet de sécurité permettent de diminuer, dans certains établissements, le nombre de visites à l'urgence et le nombre d'hospitalisations liées à des crises psychosociales.

11. Exemples : spécialistes en activités cliniques, assistants au supérieur immédiat, coordonnateurs cliniques, coordonnateurs professionnels, superviseurs cliniques, chefs d'équipe.

12. Les services d'intervention de crise sont : l'intervention de crise à très court terme, la consultation téléphonique psychosociale 24/7, l'intervention de crise dans le milieu 24/7, l'hébergement de crise et l'urgence psychiatrique.

- ± Les travaux se poursuivent dans le RSSS dans le but d'assurer une meilleure harmonisation entre les différents partenaires et de garantir une cohérence dans la trajectoire de soins et de services proposée.

Soutien aux personnes qui présentent un risque suicidaire

- + Selon les personnes consultées, le développement des services de suivi étroit favorise une prise en charge rapide et adaptée aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé ainsi que la mise en place d'un filet de sécurité pour ces personnes.
- ± Les travaux se poursuivent dans le RSSS pour encadrer et harmoniser les pratiques pour le suivi étroit, notamment par le développement d'une offre de formation en continu et par la mise en place d'un protocole d'intervention en situation de risque suicidaire auprès des intervenants en cause.
- La mise en place de services de suivi étroit semble relever beaucoup de la responsabilité des programmes de santé mentale et de services sociaux généraux. Ce service doit être transversal, c'est-à-dire que tous les programmes-services doivent le déployer si l'un de leurs patients présente un risque suicidaire élevé.
- Des enjeux persistent en ce qui concerne la formation des intervenants du RSSS et du milieu communautaire en prévention du suicide, notamment en raison de l'absence d'une offre de formation adaptée aux besoins des différents milieux de soins ainsi que du nombre élevé d'intervenants qui doivent recevoir une formation par rapport au nombre de places disponibles pour ladite formation.
- La reconnaissance de l'expertise des centres de prévention du suicide et leur implication dans l'offre de mesures de suivi étroit varient selon les régions. Ces centres ne sont pas toujours en situation d'offrir des mesures de suivi étroit, et ce, par manque de ressources et de financement.
- L'accès aux mesures de suivi étroit semble varier selon les régions. Ces services sont généralement disponibles pour les personnes qui ont été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. En raison d'un manque de ressources, ces services peuvent difficilement être offerts à toutes les personnes qui ont été évaluées, par un intervenant clinique, comme présentant un risque suicidaire élevé.
- En l'absence de mesures de suivi étroit, les équipes procèdent tout de même à une intensification des services dans le but d'assurer un filet de sécurité à la personne qui présente un risque suicidaire. En plus d'alourdir la charge de travail des intervenants, cette situation crée une pression importante sur les services, puisque les usagers dont la situation est moins urgente demeurent longtemps sur les listes d'attente.

Soutien et suivi dans la communauté des personnes qui présentent un trouble mental grave

- + Depuis la mise en place du PASM¹³, 4 052 places en SIV et 820 places en SIM ont été créées. Ce développement s'est concrétisé en raison, notamment, des nouveaux investissements attribués par le MSSS, pour permettre l'embauche de nouvelles ressources.
- + Dans certains établissements, une amélioration a été observée par rapport au délai de prise en charge des usagers par les équipes de SIM et par les services de SIV, et par rapport à la qualité du suivi offert dans la communauté. Cette offre de services bonifiée permet de diminuer les séjours en milieu hospitalier et les visites à l'urgence.

- ± Des efforts accrus seront nécessaires de la part de certains établissements pour atteindre les cibles établies pour le SIV et le SIM, notamment en matière de recrutement et d'attraction de la main-d'œuvre dans un contexte de rareté des ressources humaines. Plusieurs établissements doivent également affronter la difficulté qui consiste à pouvoir dégager les sommes nécessaires à la mise sur pied de postes d'intervenants.
- ± De janvier 2015 à octobre 2019¹⁴, le nombre de pairs aidants formés qui travaillent dans le domaine de la santé mentale a augmenté (passant de 67 à 85). De nombreux obstacles limitent toutefois le déploiement de ces intervenants dans les services de santé mentale, notamment l'absence d'un titre d'emploi ainsi que d'un budget spécifique et récurrent dans les établissements.

3.4.4 Services de psychiatrie légale et en milieu carcéral

- + Les travaux sont terminés en ce qui concerne sept des dix actions prévues pour assurer des services de qualité en matière de psychiatrie légale et en milieu carcéral :
 - l'adoption d'une stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale;
 - la désignation, par les établissements, de « répondants justice-santé mentale »;
 - la désignation de l'Institut Philippe-Pinel en tant qu'Institut national de psychiatrie légale;
 - la diffusion d'orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP);
 - la diffusion, dans le rapport annuel de gestion des établissements, des données factuelles sur la garde et l'évaluation psychiatrique d'une personne sans son consentement;
 - la révision de l'arrêté ministériel à propos de la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé en application du Code criminel, pour que ces lieux soient situés le plus près possible des établissements de détention;
 - le dépôt d'une demande conjointe du ministère de la Sécurité publique (MSP) et du MSSS pour le transfert, au MSSS, de la direction et de la responsabilité des soins de santé dispensés dans les établissements de détention provinciaux.
- + L'adoption, par le conseil d'administration de chacun des établissements, d'un protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental semble favoriser un plus grand respect des droits de ces personnes.
- ± La diffusion et la mise en œuvre de ce protocole et des outils qui y sont liés se poursuivent en vue d'assurer une application conforme à la LPP par le personnel concerné. Des formations sont aussi offertes pour assurer le transfert des connaissances et pour soutenir le personnel qui doit affronter cet important changement.
- ± Le transfert de la direction et de la responsabilité des soins de santé a été réalisé pour 14 des 16 établissements de détention provinciaux. Ces soins sont toujours sous la responsabilité du MSP dans les établissements de détention de Québec et de Montréal.
- L'application du protocole de mise sous garde constitue un important défi que les établissements doivent relever, notamment en raison du nombre important d'acteurs impliqués, de la lourdeur administrative ainsi que de la nécessité de mettre au point de nouveaux outils de travail pour favoriser l'adhésion des intervenants.

14. Source : Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

4. Résultats liés à l'appréciation des itinéraires et de l'expérience-patient en santé mentale

Cette section présente les principaux résultats issus de la réalisation des volets 2 et 3 de la démarche évaluative, soit l'appréciation des itinéraires et de l'expérience-patient en santé mentale. Les données sont tirées, d'une part, de la consultation des dossiers cliniques de 63 usagers et d'entrevues téléphoniques faites auprès de 56 d'entre eux et, d'autre part, de la tenue de 5 groupes de discussion auprès de 18 usagers.

Ces résultats sont présentés en fonction de six thèmes liés à l'expérience des usagers dans le continuum de soins et de services en santé mentale. Ils sont aussi classés en trois catégories : (+) éléments positifs, (U) éléments descriptifs et (-) enjeux à surveiller.

CE QUE L'ON DOIT RETENIR

- En général, les usagers consultés ont vécu une expérience plutôt positive à l'intérieur du continuum de soins et de services en santé mentale : soins de qualité donnés par des intervenants compétents avec qui il est possible d'établir une relation de confiance.
- Toutefois, la continuité des services et leur accessibilité constituent les principaux aspects de l'expérience-patient en santé mentale qu'il faut améliorer (par exemple, échange insuffisant d'information entre les intervenants, manque de suivi à la suite d'un séjour en milieu hospitalier et présence de longues marches à suivre pour accéder aux soins et aux services à partir du CLSC).
- De plus, certaines expériences négatives ont été vécues par les usagers qui ont consulté à l'urgence et par ceux qui ont été hospitalisés (perceptions de discrimination et de stigmatisation).

4.1 Expérience globale des usagers dans le continuum¹⁵ de soins et de services en santé mentale¹⁶

- + En majorité, au cours de la période allant de 2015 à 2020, les usagers consultés ont affirmé avoir vécu une expérience plutôt positive à l'intérieur du continuum de soins et de services en santé mentale.
- + Cette expérience semble particulièrement positive pour les usagers qui ont reçu des services dans la communauté (SIM et SIV), notamment en raison de l'intensité des services offerts et de l'établissement d'une relation de confiance avec les intervenants.
- Certaines expériences négatives ont toutefois été relevées de la part d'usagers qui ont consulté à l'urgence alors qu'ils étaient en état de crise. Un sentiment de discrimination et de stigmatisation a été ressenti lors de leur accueil, que ce soit en raison de la présence en continu d'agents de sécurité à leur côté ou de commentaires négatifs entendus de la part de membres du personnel. Certains ont aussi eu l'impression que leur droit à la confidentialité n'avait pas été respecté.
- La continuité des services et leur accessibilité constituent les principaux aspects qui doivent être améliorés à propos de l'expérience-patient en santé mentale.

15. Le continuum de soins et de services en santé mentale fait ici référence aux services spécifiques et spécialisés. Les suivis en GMF ne sont pas inclus.

16. L'Annexe 4 présente en détail les résultats liés aux entrevues téléphoniques faites avec les usagers.

4.1.1 Réponse aux besoins de l'utilisateur

- + Un grand nombre d'utilisateurs ont affirmé que les soins et les services reçus ont été de bonne qualité en plus d'être donnés par des intervenants compétents, ce qui a répondu à leurs besoins puisqu'ils leur ont permis d'améliorer leur état de santé en plus de reprendre le contrôle de leur vie.
- En lien avec les dossiers cliniques consultés :
 - la durée moyenne des épisodes de services (spécifiques, spécialisés et en communauté) était de 194,1 jours¹⁷, avec en moyenne 14,5 interventions¹⁸ par épisode de service;
 - un plan d'intervention a été observé pour 22,2 % des épisodes de services recensés¹⁹.
 - Toutefois, une insatisfaction a été observée par rapport au suivi avec un psychiatre. Certains utilisateurs perçoivent ce suivi comme étant trop centré sur l'ajustement médicamenteux, ce qui semble se traduire par un besoin non comblé sur le plan du suivi psychosocial de leur maladie.

4.1.2 Participation de la personne utilisatrice de services et participation des membres de son entourage

- + En majorité, les utilisateurs consultés ont affirmé qu'ils avaient eu l'occasion de s'impliquer dans les soins et services qui leur avaient été prodigués, et de prendre part aux décisions à leur sujet, notamment lors de la préparation du plan d'intervention les concernant.
- + Une ouverture a été observée chez la plupart des intervenants par rapport à la possibilité d'impliquer les membres de l'entourage des utilisateurs en question dans les soins et services à leur sujet. Leur implication consiste, généralement, à assister aux rencontres de suivi en compagnie de leur proche.
- Certains utilisateurs hospitalisés en psychiatrie ont constaté, de la part des intervenants, un manque de reconnaissance de leur capacité à prendre des décisions par rapport aux soins et aux services qu'ils reçoivent, voire un comportement infantilisant à leur égard. Même si les intervenants leur demandaient parfois leur avis, ils avaient l'impression que leur opinion n'était pas réellement prise en considération.
- En lien avec les dossiers cliniques consultés :
 - un peu plus de la moitié (51,4 %) des plans d'intervention recensés ont été signés par l'utilisateur;
 - les membres de l'entourage ne semblaient pas être présents lors de la présentation de ces plans.

4.1.3 Qualité de la relation avec les intervenants

- + En général, les répondants ont affirmé qu'ils avaient eu une bonne relation avec les différents intervenants rencontrés pendant qu'ils recevaient les soins et services dont ils avaient besoin en santé mentale et que, généralement, ces intervenants les traitaient avec courtoisie et respect. La plupart avaient le sentiment d'être compris par les intervenants qui s'occupaient d'eux.

17. Cette donnée est disponible pour 113 épisodes de services.

18. Cette donnée est disponible pour 72 épisodes de services.

19. Pour certains types de suivi, il n'est pas nécessaire de préparer un plan d'intervention. Cette donnée est présentée à titre indicatif seulement.

- Cette relation de confiance est plus difficile à construire pour les usagers qui ont été hospitalisés, et ce, en raison de la présence de plusieurs intervenants et de l'approche infantilisante utilisée par certains.
- Certains usagers ont aussi mentionné avoir éprouvé davantage de difficultés à établir une relation de confiance envers leur psychiatre parce qu'ils avaient l'impression que celui-ci ne comprenait pas leur situation et qu'il s'intéressait peu à leur environnement ainsi qu'à leurs habitudes de vie. Un manque d'écoute par rapport aux besoins des usagers a aussi été mentionné.

4.1.4 Continuité des services

- + La plupart des usagers consultés ont jugé qu'il y avait eu une certaine continuité lors de la prestation de soins et de services à leur sujet, et qu'il y avait une bonne stabilité par rapport aux intervenants rencontrés.
 - En lien avec les dossiers cliniques consultés :
 - + des mécanismes de collaboration entre les différents intervenants²⁰ ont été observés dans un peu plus de la moitié des dossiers;
 - ↻ l'implication du MSRP au cours d'un épisode de services n'a pas été observée;
 - pour le tiers des dossiers, une rétroaction a été faite par les intervenants auprès du médecin de famille de l'utilisateur ou auprès du médecin référent²¹ au cours de l'épisode de services;
 - en ce qui concerne 27 % des dossiers, une rétroaction a été faite, par l'intervenant, auprès du médecin référent à la suite de la fermeture d'un épisode de services.
- Ceux qui ont rencontré différents intervenants au cours de leur suivi avaient l'impression que leurs dossiers cliniques étaient peu consultés par les intervenants et ils ont déploré le fait qu'ils avaient dû répéter à plusieurs reprises leur histoire médicale, ce qui, à plusieurs occasions, les a amenés à revivre des événements difficiles.
- Quelques répondants ont eu l'impression d'être abandonnés à la suite de leur hospitalisation, en raison de l'absence de suivi à leur sortie de l'hôpital et à cause de l'impossibilité de prendre contact, en cas de besoin, avec une personne-ressource. Ils ont précisé qu'un soutien supplémentaire et un accompagnement seraient appréciés pour faciliter le retour à leurs activités quotidiennes.
- Un certain inconfort a été perçu chez plusieurs médecins de famille par rapport au suivi des troubles mentaux de leurs patients. Ainsi, les témoins de cet inconfort ont observé une faible implication et un manque d'écoute de la part de leur médecin de famille pour ce type de suivi, ce médecin préférant les diriger vers leurs intervenants de santé mentale, notamment pour le suivi de leur médication.
- Un manque d'information par rapport aux services offerts dans les organismes communautaires a également été observé. Bien que des dépliants d'information soient parfois offerts aux patients par les intervenants, les usagers ont l'impression que le RSSS connaît peu les services offerts dans le milieu communautaire et qu'il dirige peu les personnes vers ces services.

20. Exemples : discussion de cas en équipe multidisciplinaire, échanges téléphoniques et concertation clinique, partage des notes évolutives, concertation avec les intervenants du milieu scolaire et les organismes spécialisés en matière d'employabilité.

21. Exemples : transmission d'une feuille sommaire à la suite d'une hospitalisation, transmission des rapports d'évaluation, contacts téléphoniques sur une base courante, transmission des notes évolutives.

4.1.5 Accès aux soins et aux services en santé mentale²²

- + La plupart des usagers consultés se sont dit satisfaits à propos de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, particulièrement dans les situations où leur état de santé se dégradait rapidement.
- En lien avec les dossiers cliniques consultés :
 - ↳ le peu de données disponibles ne permet pas de statuer sur le respect ou non de deux standards ministériels, soit le délai maximal pour remplir la demande et la diriger vers le service approprié par le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR)²³, ainsi que le délai maximal pour la rétroaction au référent par les services spécifiques ou spécialisés de santé mentale²⁴;
 - le délai moyen entre la demande de référence par un usager et la date de la première intervention était de 150,9 jours, alors que le standard ministériel est de trente jours.
- Bon nombre d'usagers ont mentionné qu'ils avaient estimé très longues et pénibles les marches à suivre pour avoir accès aux soins et aux services à partir du CLSC, notamment pour l'évaluation de leur dossier. Il semble plutôt difficile pour une personne qui n'a jamais eu besoin de services en santé mentale d'obtenir rapidement un premier rendez-vous et d'être orientée vers le bon service. Toutefois, lorsque la personne est entrée dans le système de santé, les services semblent disponibles plus rapidement.
- Certaines difficultés pour accéder au suivi avec un psychiatre ont également été mentionnées lors des groupes de discussion (par exemple, un long délai d'attente ou une difficulté à obtenir une consultation en urgence).

4.1.6 Rétablissement de l'usager

- + Bon nombre d'usagers estiment que les soins et les services qu'ils ont reçus ont résulté en des répercussions positives sur leur qualité de vie, puisqu'ils leur ont permis de reprendre le dessus sur leur maladie en la contrôlant et de reprendre leur vie en main, tout en recommençant à participer pleinement à la vie en société.
- + Les usagers qui ont fréquenté des organismes communautaires montrent une forte appréciation des services reçus qui, bien souvent, ont été essentiels à leur processus de rétablissement en raison du soutien apporté à d'autres sphères de leur vie.
- ↳ En lien avec les dossiers cliniques consultés, 83,2 % des épisodes de services recensés ont été fermés au cours de la période d'observation. Les deux principales causes de fermeture²⁵ sont :
 - l'atteinte des objectifs inscrits dans le plan d'intervention ou l'amélioration de l'état de santé de l'usager (56,6 %);
 - le manque d'implication de l'usager ou son désir de mettre fin à son suivi (27,6 %).

22. Les résultats liés à certains indicateurs d'accès aux soins et aux services de santé mentale sont présentés à l'Annexe 3.

23. Le standard ministériel est de dix jours.

24. Le standard ministériel est de sept jours.

25. Cette donnée est disponible pour 76 épisodes de services.

Annexe 1. Contexte de l'évaluation

La DE du MSSS a été mandatée pour mener à bien une démarche évaluative²⁶ ayant pour but d'analyser les différentes retombées engendrées par la mise en œuvre du PASM sur le continuum de soins et de services en santé mentale. Cette démarche est composée de trois volets.

- Volet 1 : L'évaluation de la mise en œuvre du PASM.
- Volet 2 : La reconstruction de l'itinéraire des usagers en santé mentale.
- Volet 3 : L'appréciation de l'expérience-patient par rapport aux soins et aux services reçus en santé mentale.

Pour chacun de ces volets, une collecte de données sur le terrain a été faite dans cinq établissements sélectionnés en fonction du type de région²⁷ et de la situation de l'implantation des mesures inscrites dans le PASM.

❖ VOLET 1 : L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PASM

Les résultats liés à l'évaluation de la mise en œuvre du PASM proviennent de deux principales sources de données.

1. Questionnaires portant sur la mise en œuvre des mesures inscrites dans le PASM

Un questionnaire a été transmis, à deux moments-clés, aux DSMDI des 28 établissements du RSSS qui offrent des soins et des services en santé mentale.

En mars 2018, 27 établissements (96,4 %) ont répondu au questionnaire. Pour chacune des 26 actions relevant du RSSS et pour lesquelles la mise en œuvre était prévue au mi-parcours de la mise en place du PASM²⁸, 5 questions ont été posées :

- Quel est le degré de réalisation estimé²⁹ à propos de cette mesure ?
- Quels sont les principaux travaux exécutés à cette fin depuis l'implantation du PASM ?
- Quels ont été les facteurs facilitants rencontrés lors de l'instauration de cette mesure ?
- Quels ont été les retombées ou les effets inattendus liés à l'instauration de cette mesure ?
- Quels ont été les obstacles éprouvés lors de l'instauration de cette mesure ? Avez-vous élaboré des stratégies pour les surmonter ? Lesquelles ?

Durant l'été 2019, 26 établissements (92,9 %) ont répondu au questionnaire. Pour chacune des actions relevant du RSSS, une question a été posée :

- Quelle est la situation en ce qui concerne l'implantation³⁰ de cette mesure ?

Ces actions ont été classées en fonction des 16 principaux objectifs du PASM. Pour chacun de ces objectifs, les quatre questions ouvertes suivantes ont été posées :

- Quels travaux prioritaires devront être exécutés d'ici décembre 2020 pour atteindre les objectifs fixés ?
- Quels sont les obstacles qui persistent et qui compromettent l'atteinte des objectifs ?

26. Dans le but de mieux répondre aux besoins de la DSSMPL, il a été convenu, au printemps 2019, de revoir la démarche évaluative prévue initialement dans le *Cadre d'évaluation des soins et des services en santé mentale* et, ainsi, de déposer un rapport final durant l'hiver 2020 (au lieu de l'automne 2020). Toutefois, en raison de la pandémie de COVID-19, les étapes de validation du rapport ont dû être reportées à l'automne 2020.

27. L'équipe d'évaluation a visité deux établissements en régions universitaires, un en région périphérique, un en région intermédiaire et un en région éloignée.

28. Les actions en cause étaient les suivantes : n° 1, n° 5, n° 6, n° 11.4, n° 14, n° 17.2, n° 19, n° 21.2, n° 23.1, n° 23.2, n° 23.3, n° 25.1A, n° 25.1B, n° 25.1C, n° 28A, n° 28B, n° 28C, n° 28D, n° 28E, n° 29.1, n° 29.2, n° 29.3, n° 33.3, n° 34, n° 35 et n° 38.2.

29. Les choix de réponse étaient : 100 %, 75 %, 50 %, 25 %, 0 % et s. o.

30. Les choix de réponse étaient : terminée, en continu, en cours, non débutée et s. o.

- Quelles sont les retombées liées à la mise en œuvre de ces mesures ?
- Quelles pistes d'action devraient être privilégiées en vue du prochain plan d'action en santé mentale ?

Pour les questions dites ouvertes, une codification thématique a été effectuée pour faire ressortir les éléments-clés. Pour compléter cette vue d'ensemble, des documents produits par les établissements à la demande du MSSS³¹ ont aussi été consultés.

2. Groupes de discussion auprès des responsables de la mise en œuvre de certaines mesures du PASM et auprès de partenaires

En janvier et février 2020, quatre groupes de discussion ont été menés dans chacun des cinq établissements sélectionnés. Au total, 128 personnes ont été rencontrées lors de ces groupes de discussion qui portaient sur 3 des 16 objectifs du PASM (voir le Tableau 3). Une codification thématique a été faite à partir des comptes rendus de ces rencontres en vue de faire ressortir les principales constatations.

Tableau 3. Répartition des participants aux groupes de discussion, selon les objectifs du PASM

Total (n = 128)	
Le soutien dans la poursuite du parcours scolaire des jeunes	
<i>Groupe 1 : Responsables de la mise en œuvre et partenaires</i>	38
Le soutien aux médecins de famille et aux pédiatres dans leur pratique	
<i>Groupe 2 : Responsables de la mise en œuvre et partenaires</i>	25
<i>Groupe 3 : Médecins de famille et pédiatres</i>	22 ³²
Les services de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé	
<i>Groupe 4 : Responsables de la mise en œuvre et partenaires</i>	43

❖ VOLET 2 : LA RECONSTRUCTION DE L'ITINÉRAIRE DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE

Les résultats liés à la reconstruction de l'itinéraire des usagers proviennent de deux principales sources de données. Notons qu'en raison de la révision de la démarche évaluative prévue initialement dans le cadre d'évaluation³³, un seul temps de mesure a été réalisé pour cette collecte de données. De plus, les travaux en lien avec l'analyse des données issues de l'appariement de différentes banques de données administratives (par exemple, MED-ÉCHO, I-CLSC, BDCU et fichiers de la RAMQ) ont été suspendus.

1. Consultation des dossiers cliniques d'usagers

De juin à novembre 2018, une collecte de données sur le terrain a été faite dans cinq établissements dans le but de retracer les différents itinéraires d'usagers qui avaient reçu des services en santé mentale depuis le 1^{er} janvier 2015, et ce, à partir de leurs dossiers cliniques. Chaque établissement devait recruter 12 usagers qui acceptaient de donner leur consentement pour participer à ce projet d'évaluation, et répartis selon les profils suivants :

- quatre jeunes âgés de 14 à 18 ans qui avaient reçu des services spécifiques ou spécialisés;
- huit adultes qui avaient reçu des services spécifiques ou spécialisés.

Les épisodes de services se rapportant aux usagers retenus devaient être terminés au moment de la collecte de données. Toutefois, en raison des difficultés de recrutement éprouvées par certains établissements, les épisodes

31. Ces documents sont : le plan de mise en œuvre du PASM, le plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services, le plan de transformation transitoire et finale pour les NSA et le plan de déploiement SIM-SIV 2015-2020.

32. De ce nombre, il y avait 13 pédiatres et 9 médecins de famille.

33. Dans le cadre d'évaluation, deux temps de mesure étaient prévus, soit durant l'hiver 2018 et durant l'hiver 2020.

de services se rapportant à des usagers qui continuaient leurs rencontres de suivi avec un psychiatre ont été inclus dans la démarche.

À partir de l'information recueillie dans les dossiers cliniques des 63 usagers participants (voir le Tableau 4), des itinéraires de services ont été reconstruits pour chacun d'entre eux. Par ailleurs, différents indicateurs ont été calculés en lien avec l'accès aux soins et aux services en santé mentale (voir l'Annexe 3, le Tableau 6 ainsi que le Tableau 7).

Tableau 4. Répartition des usagers qui ont participé à la démarche de reconstruction de l'itinéraire, selon le sexe, le groupe d'âge, le profil et le type de services reçus

		Total (n = 63)
Sexe	Femme	43 (68,3 %)
	Homme	20 (31,7 %)
Âge	De 15 à 24 ans	20 (31,7 %)
	De 25 à 44 ans	18 (28,6 %)
	De 45 à 64 ans	15 (23,8 %)
	65 ans ou plus	8 (12,7 %)
	Donnée non disponible	2 (3,2 %)
Profil	Trouble anxieux	19 (30,2 %)
	Trouble de l'humeur	16 (25,4 %)
	Plus d'un trouble	14 (22,2 %)
	Trouble de la personnalité	9 (14,3 %)
	Trouble psychotique	5 (7,9 %)
Type de services reçus	Spécialisés ³⁴	22 (34,9 %)
	Plus d'un type de service	22 (34,9 %)
	Spécifiques ³⁵	15 (23,8 %)
	En communauté ³⁶	3 (4,8 %)
	Donnée non disponible	1 (1,6 %)

2. Entrevues téléphoniques auprès d'usagers

De juillet 2018 à janvier 2019, 56³⁷ usagers sur 63 (88,9 %) ont été rejoints pour participer à une entrevue téléphonique. Celle-ci avait pour objectif de valider l'information colligée dans leur dossier clinique et de connaître leur expérience dans le continuum de soins et de services. Pour chacune des questions, un score a été calculé (voir l'Annexe 4, et les tableaux allant de 8 à 13).

❖ VOLET 3 : L'APPRÉCIATION DE L'EXPÉRIENCE-PATIENT PAR RAPPORT AUX SOINS ET AUX SERVICES REÇUS EN SANTÉ MENTALE

Les résultats liés à l'appréciation de l'expérience-patient par rapport aux soins et aux services reçus en santé mentale proviennent d'une seule source de données³⁸.

34. Les services spécialisés permettent de résoudre des problèmes de santé mentale ainsi que des problèmes complexes. Ces services sont donnés, dans les centres hospitaliers, par des équipes multidisciplinaires.

35. Les services spécifiques s'adressent aux personnes qui vivent un problème particulier de santé mentale. Dans le contexte de notre démarche évaluative, ces services ont été donnés uniquement par les CLSC.

36. Dans le contexte de notre démarche évaluative, les services reçus dans la communauté font uniquement référence aux services de SIV.

37. Malgré les nombreuses tentatives de l'équipe d'évaluation, quatre usagers n'ont pas été rejoints; trois autres usagers ont exprimé le désir de ne pas participer à l'entrevue téléphonique.

38. En raison de la présence d'enjeux éthiques et légaux, il n'a pas été possible de mener des entrevues téléphoniques auprès d'un nombre important d'usagers ciblés à la suite de leur consommation de soins et de services en santé mentale pour établir une vue d'ensemble de leur expérience-patient en santé mentale, tel que le prévoyait initialement le *Cadre d'évaluation des soins et des services en santé mentale*.

1. Groupes de discussion auprès des usagers qui ont reçu des soins et des services en santé mentale

En janvier et février 2020, un groupe de discussion auprès d'usagers qui avaient reçu des soins et des services en santé mentale a été mené dans chacun des cinq établissements sélectionnés. Au total, 18 usagers ont été rencontrés (voir le Tableau 5). Une codification thématique a été faite à partir des comptes rendus de ces rencontres dans le but de faire ressortir les principales constatations.

Tableau 5. Répartition des usagers qui ont participé aux groupes de discussion, selon différentes caractéristiques³⁹

		Total (n = 18)
Sexe	Femme	10 (55,6 %)
	Homme	8 (44,4 %)
Âge	De 18 à 24 ans	1 (5,6 %)
	De 25 à 34 ans	3 (16,7 %)
	De 35 à 49 ans	8 (44,4 %)
	De 50 à 64 ans	5 (27,8 %)
	65 ans ou plus	1 (5,6 %)
Statut d'immigrant	Oui	1 (5,6 %)
	Non	17 (94,4 %)
Profil	Plus d'un trouble	8 (44,4 %)
	Trouble de l'humeur	3 (16,7 %)
	Trouble anxieux	2 (11,1 %)
	Trouble psychotique	2 (11,1 %)
	Donnée non disponible	2 (11,1 %)
	Trouble de la personnalité	1 (5,6 %)
Type de services reçus	Plus d'un type de service	8 (44,4 %)
	Spécialisés	8 (44,4 %)
	Spécifiques	2 (11,1 %)
	En communauté	0 (0 %)

39. Ces données ont été compilées sur la base d'un formulaire rempli par chacun des usagers rencontrés.

Annexe 2. Tableau synthèse – Situation de l’implantation des mesures du PASM

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l’implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté					
A. La primauté de la personne dans le RSSS					
N° 1 ⁴⁰	Élaborer et mettre en œuvre un plan d’action sur la primauté de la personne dans la prestation et l’organisation des services.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 26):</i> <i>Plan d’action sur la primauté de la personne – Terminée : 1; En continu : 18; En cours : 7; Non débutée : 0.</i> <i>Mécanisme de renseignement – Terminée : 6; En continu : 7; En cours : 12; Non débutée : 1.</i> <i>Mécanisme d’orientation – Terminée : 4; En continu : 7; En cours : 14; Non débutée : 1.</i> ▪ Attribution par le MSSS d’un soutien financier à l’Association québécoise pour la réadaptation psychosociale pour l’accomplissement d’activités liées à la stigmatisation. ▪ Diffusion de guides d’accompagnement par le MSSS : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Plan d’action sur la primauté de la personne dans la prestation et l’organisation des services (2016);</i> - <i>La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux (2016);</i> - <i>La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement (2017).</i> ▪ En 2017, dépôt au MSSS, par les établissements, d’un plan d’action sur la primauté de la personne. ▪ En juillet 2018, dépôt au MSSS, par les établissements, d’un état de la situation. ▪ Poursuite de la mise en œuvre du plan d’action sur la primauté de la personne dans le RSSS, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - les activités ayant pour but de lutter contre la stigmatisation envers les personnes qui présentent un trouble mental; - les travaux liés à la mise en place de mécanismes ayant pour objectif de renseigner ou, au besoin, d’orienter les membres de l’entourage vers les associations de familles et amis de la personne qui présente un trouble mental; - les travaux liés à la mise en place de l’approche orientée vers le rétablissement. <p><i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019), plans d’action des établissements sur la primauté de la personne et suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>

40. La mesure n° 1 inclut les actions suivantes : n° 1.1, n° 1.2.2, n° 1.2.3, n° 1.3, n° 1.4.1, n° 1.4.2, n° 1.4.3 et n° 1.5.2.

Mesures du PASM	Responsables	Situation de l'implantation		Résultats	
		Terminée	En cours ou en continu		
Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté					
A. La primauté de la personne dans le RSSS					
N° 1.2.1	Poursuivre les campagnes d'information et de sensibilisation.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise sur pied, par le MSSS, de cinq campagnes d'information et de sensibilisation sur les troubles anxieux. ▪ Moyens de diffusion : message publicitaire à la télévision et sur différentes plateformes numériques francophones, intégration de contenu à la télévision avec des témoignages, intégration de contenu dans un média anglophone, achat de mots-clés dans Google et divers formats de boutons Web. ▪ Campagne 2015 – « Les troubles anxieux sont bien réels. Les solutions aussi. » Une attention particulière a été portée aux hommes qui sont souvent plus réticents à demander de l'aide. ▪ Campagne 2016 – « C'est là. Tout le temps. Les troubles anxieux sont bien réels. Les solutions aussi. » Objectif de faire comprendre la différence entre l'anxiété situationnelle et le trouble anxieux. ▪ Campagne 2017 – « Des pensées qui font reculer. Les troubles anxieux existent. Les solutions aussi. » ▪ Campagnes 2018 et 2019 – « Les troubles anxieux débutent souvent dès l'enfance. Apprenons à les détecter tôt pour mieux s'en sortir. » <p>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</p>
N° 1.5.1	Diffuser un guide en matière de participation des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	X	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion par le MSSS, en 2016, de <i>La participation de personnes utilisatrices et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services – Guide d'accompagnement.</i> <p>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</p>
B. La mise en place de conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté					
Un logement qui répond aux besoins des personnes					
N° 2	Poursuivre la réorganisation de l'offre de ressources résidentielles.	Établissements	-	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantation (n = 22) – Terminée : 1; En continu : 11; En cours : 10; Non débutée : 0. ▪ Attribution de 30,7 M\$ par le MSSS, en 2016, en vue d'établir 446 places d'hébergement dans la communauté. L'ajout de ces ressources a pour objectif de prévenir et de résoudre les situations d'usagers en attente d'un NSA dans les lits de courte durée. Détermination des moyens d'action par le RSSS. ▪ Poursuite des travaux de réorganisation de l'offre de ressources résidentielles pour offrir des milieux de vie adaptés aux besoins de certains types de personnes qui présentent un trouble mental. <p>Sources : Questionnaire DSMDI (été 2019), Plan de transformation transitoire et final – Dossier NSA des établissements et suivi exécuté par la DSSMPL.</p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté					
B. La mise en place de conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté					
Un logement qui répond aux besoins des personnes					
N° 3.1	Réserver 500 unités de la programmation 2014-2015 du programme AccèsLogis Québec et un minimum de 10 % des unités de chaque programmation, de 2015 à 2020, aux personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi qu'à des personnes qui présentent un trouble mental.	SHQ	X		<ul style="list-style-type: none"> De 2014-2015 à 2018-2019, 1 487 unités de logements sociaux et communautaires ont été réservées, ce qui dépasse la cible de 1 400 logements réservés. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 3.2	Accroître l'utilisation du Programme de supplément au loyer pour desservir des personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi que des personnes qui présentent un trouble mental.	SHQ	X		<ul style="list-style-type: none"> De 2015-2016 à 2018-2019, 792 subventions au logement ont été allouées. La cible de 610 subventions allouées a ainsi été dépassée. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
Le soutien dans la poursuite du parcours scolaire des jeunes atteints d'un trouble mental et de ceux à risque d'en être atteints					
N° 4	Poursuivre les travaux en vertu de l'Entente de complémentarité des services entre le RSSS et le réseau de l'éducation, notamment en soutenant l'élaboration et le renforcement d'un continuum de services intégrés à l'intention des jeunes.	MSSS MEES		X	<ul style="list-style-type: none"> Des rencontres du comité de coordination MSSS-MEES ont lieu plusieurs fois par année. Au moins une fois par année, une rencontre avec les deux réseaux régionaux est organisée à l'échelle nationale. Un comité portant sur les situations complexes a aussi été mis sur pied. Les comités régionaux se rencontrent quelques fois par année. Des travaux ont été amorcés et ils auront la priorité dans le prochain plan de travail 2020-2024 de l'Entente de complémentarité des services entre le RSSS et le réseau de l'éducation. Les travaux nationaux pourront s'inspirer des trajectoires de services élaborées par certaines régions. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 5	Élaborer des ententes ayant pour objectif d'améliorer les mécanismes d'accès et les trajectoires de services en vue de répondre, en temps opportun, aux besoins des élèves qui présentent un trouble mental.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> <i>Implantation :</i> N° 5 (n = 24) – Terminée : 2; En continu : 12; En cours : 9; Non débutée : 1. N° 6 (n = 21) – Terminée : 3; En continu : 5; En cours : 11; Non débutée : 2. Présence d'ententes ou de mécanismes de collaboration entre le RSSS et les différents établissements du réseau de l'éducation. Travaux à poursuivre : consolidation des trajectoires prévues entre le milieu scolaire et le RSSS pour les jeunes qui présentent un trouble mental et pour leur famille, y compris les mécanismes et processus d'accès à ces services. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et groupes de discussion menés au cours de l'hiver 2020.</i>
N° 6	Élaborer et mettre en œuvre un protocole d'entente qui réponde aux besoins de chacun des établissements d'enseignement supérieur se trouvant sur le territoire.	Établissements		X	

Mesures du PASM	Responsables	Situation de l'implantation		Résultats	
		Terminée	En cours ou en continu		
Orientation 1 : Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté					
B. La mise en place de conditions permettant le plein exercice de la citoyenneté					
Favoriser l'implication sociale, l'intégration socioprofessionnelle et le maintien en emploi des personnes qui présentent un trouble mental					
N° 7	Établir des modèles de collaboration entre les acteurs concernés en santé mentale du RSSS, ceux du réseau de l'emploi et du milieu communautaire, en vue d'offrir un meilleur soutien aux personnes utilisatrices de services et aux employeurs.	MSSS MTESS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2018, le MTESS a annoncé un investissement de 2 M\$ pour un projet pilote dont le but est de doter des organismes, spécialisés en matière d'employabilité, d'agents d'intégration professionnelle chargés de soutenir les personnes dans la réalisation de leur projet socioprofessionnel et d'accompagner les entreprises qui souhaitent les engager. Ainsi, 28 agents ont été placés dans ces organismes. ▪ Ces services sont pertinents pour l'intégration en emploi des personnes qui présentent un trouble mental grave. Les services de soutien dans la communauté, dont les équipes de SIM, sont en lien avec ces organismes et, en temps opportun, ils peuvent y diriger les personnes. <p><i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>
N° 8	Se doter d'un plan d'action sur la santé mentale au travail.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 26) – Terminée : 4; En continu : 4; En cours : 15; Non débutée : 3.</i> ▪ Publication en 2018 par le MSSS du <i>Plan d'action en santé mentale au travail – Guide d'accompagnement.</i> ▪ Travaux à venir : <ul style="list-style-type: none"> - consolidation des initiatives mises en place pour favoriser le retour au travail des employés absents en raison d'un problème de santé mentale; - accomplissement d'activités de promotion et de sensibilisation pour informer les employés au sujet des ressources d'aide disponibles et pour lutter contre la stigmatisation des personnes qui présentent un trouble mental; - poursuite des actions pour favoriser l'embauche de personnes qui présentent ou ont présenté un trouble mental. <p><i>Sources : Questionnaire DSMDI (été 2019) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte					
A. Soutenir le développement optimal des enfants : une responsabilité partagée					
Soutenir le développement optimal de tous les enfants québécois par des mesures universelles					
N° 9	Poursuivre la collaboration et la concertation dans l'élaboration et le déploiement d'actions efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire, notamment au préscolaire.	MSSS, MEES et ministère de la Famille	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le contexte de l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants, le MSSS, le MEES et le ministère de la Famille collaborent pour soutenir les interventions préventives en petite enfance. La Direction générale de la santé publique est responsable de soutenir les meilleures pratiques à cette fin. ▪ Des travaux sont en cours entre le MSSS et le ministère de la Famille pour élaborer une entente ayant pour objectif de mettre en place des mécanismes officiels de collaboration visant la continuité et la fluidité entre les deux réseaux. ▪ Annonce en 2019 du déploiement du programme <i>Agir Tôt</i> qui prévoit le rehaussement des services professionnels d'intervention précoce et l'accès graduel à une plateforme numérique en vue de favoriser la détection et la prise en charge précoces des retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 10	Poursuivre le travail de concertation visant le déploiement d'actions efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire, en continuité de l'approche <i>École en santé</i> .	MSSS et MEES	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion en 2018 par le MSSS, le MEES et l'INSPQ du site référent <i>ÉKIP – Interagir pour la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes</i>, qui s'inscrit dans la continuité de l'approche <i>École en santé</i>. Celui-ci présente des moyens efficaces et reconnus pour agir en promotion de la santé et du bien-être ainsi qu'en prévention de problèmes chez les jeunes d'âge scolaire. ▪ Des travaux sont en cours dans le but : <ul style="list-style-type: none"> - de favoriser l'appropriation du site référent <i>ÉKIP</i> par les acteurs des deux réseaux; - de faciliter l'utilisation de ses contenus par la conception d'outils adaptés aux besoins des écoles et des commissions scolaires; - de bonifier l'accompagnement offert au réseau scolaire pour permettre l'actualisation d'actions de promotion de la santé et de prévention selon les bonnes pratiques proposées par le site référent. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
Intervenir de façon ciblée chez les enfants à risque de présenter un trouble mental					
N° 11.1	Maintenir et bonifier l'offre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion en 2019, par le MSSS, du nouveau cadre de référence pour les SIPPE à l'intention des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité. ▪ Deux indicateurs sont en cours de développement pour faire le suivi de cette offre de services. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 11.2	Poursuivre l'implantation du programme d'intervention en négligence offert par les centres intégrés.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au 31 mars 2018, 95 % des territoires locaux offraient un programme d'intervention en négligence reconnu comme efficace. La cible consiste à avoir une couverture complète d'ici 2020. <i>Source : Suivi exécuté par la Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille.</i>
N° 11.3	Poursuivre l'implantation du programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu offert par les centres intégrés.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Au 31 mars 2018, 92 % des territoires locaux offraient un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu comme efficace. La cible consiste à avoir une couverture complète d'ici 2020. <i>Source : Suivi exécuté par la Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille.</i>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte					
A. Soutenir le développement optimal des enfants : une responsabilité partagée					
Intervenir de façon ciblée chez les enfants à risque de présenter un trouble mental					
N° 11.4	Intensifier la détection des problèmes de dépendance et de troubles mentaux auprès des parents ciblés par les programmes susmentionnés et les orienter vers les services appropriés, en mettant à profit, au besoin, les professionnels répondants en santé mentale et les intervenants pivots en dépendance.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 24) – Terminée : 0; En continu : 11; En cours : 12; Non débutée : 1.</i> ▪ Poursuite des travaux pour soutenir les intervenants dans la détection de ces problèmes auprès des parents ciblés : déploiement d'une offre de formation en dépendance, diffusion d'outils cliniques pour la détection et la mise au point de mécanismes de liaison entre les équipes jeunesse, santé mentale adulte et dépendance. ▪ En 2018-2019, le taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance s'élevait à 89 %, la cible pour 2020 étant de 90 %. Sur les 23 établissements concernés, 12 d'entre eux avaient déjà atteint cette cible. ▪ Travaux à venir : <ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'intervenants répondants en dépendance ou en santé mentale; - mise en place de mécanismes ou de trajectoires de services pour favoriser la co-intervention entre les équipes jeunesse et adulte. <p><i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i></p>
B. Répondre aux besoins des jeunes en fonction de leur développement					
N° 12	Assurer une continuité de service en adaptant l'offre aux besoins et aux étapes de vie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 26) – Terminée : 1; En continu : 11; En cours : 13; Non débutée : 1.</i> ▪ Travaux à poursuivre : <ul style="list-style-type: none"> - l'élaboration d'une trajectoire entre les services jeunesse et adulte; - la mise en place d'un mécanisme d'accès unique aux services jeunesse; - la consolidation des liens entre les services jeunesse et adulte. <p><i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i></p>
N° 13	Élaborer et diffuser des orientations ministérielles portant sur les services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes en transition vers l'âge adulte.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lancement en 2018 d'un programme d'octroi de subventions ayant pour objectif de soutenir la mise en place de réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans par la réalisation de projets de démonstration. ▪ Ouverture officielle de trois points de services (CISSS de la Côte-Nord, CISSS de Laval et CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) entre les mois d'août 2018 et de juin 2019 en lien avec le projet « Aire ouverte ». ▪ En 2019, le MSSS a annoncé des investissements récurrents de 20 M\$ pour assurer la pérennité de ce projet. Ce financement est prévu jusqu'en 2024-2025. ▪ En 2019, les investissements ont été confirmés pour le déploiement dans quatre nouveaux établissements (CISSS de la Gaspésie, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et CISSS de la Montérégie-Centre). L'ouverture de ces points de services est prévue en 2020. ▪ Selon le Plan stratégique du MSSS 2019-2023, 30 points de services devraient être disponibles d'ici 2023. <p><i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>
N° 14	Augmenter la détection des jeunes à risque de dépendance dans les lieux qu'ils fréquentent et offrir une intervention appropriée.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 23) – Terminée : 1; En continu : 9; En cours : 12; Non débutée : 1.</i> ▪ Travaux à poursuivre : <ul style="list-style-type: none"> - l'offre de formation pour les partenaires des milieux scolaires et communautaires par rapport à la détection et au repérage des problèmes de dépendance; - le développement de services de proximité pour les jeunes, notamment par le déploiement d'intervenants en dépendance dans les lieux fréquentés par les jeunes; - la consolidation des liens entre le RSSS et le milieu scolaire. <p><i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i></p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte					
B. Répondre aux besoins des jeunes en fonction de leur développement					
N° 15.1	Soutenir la création d'un réseau thématique en santé mentale concernant les enfants et les adolescents.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le partenariat entre le Fonds de recherche du Québec – Santé, la Fondation Graham Boeckh et le MSSS a permis de soutenir le déploiement des trois sites de démonstration Aire ouverte. À chacun de ces trois sites a été associée une équipe de recherche pour documenter le processus de mise en place et pour en évaluer certains aspects. Des outils sont aussi préparés pour soutenir le déploiement futur. ▪ Tous les acteurs impliqués dans le déploiement de ces sites et, plus particulièrement, les équipes de recherche ont contribué à faire en sorte que les jeunes soient réellement parties prenantes dans la définition et les modalités de l'offre de service Aire ouverte. ▪ Les équipes de recherche ont aussi participé à des formations et à différents ateliers qui ont contribué à faire d'Aire ouverte un programme innovant. <p><i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>
N° 15.2	Soutenir l'implantation d'initiatives de prestations de soins intégrés dans la communauté pour des jeunes de 12 à 25 ans.	MSSS	X		Voir les résultats de la mesure n° 13.
C. Offrir des services adéquats aux jeunes atteints d'un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse					
N° 16.1	S'assurer, dès l'admission ou l'inscription aux services de réadaptation, de procéder à une évaluation de l'état de santé de l'enfant par une infirmière et, au besoin, de le référer rapidement vers un médecin.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 17) – Terminée : 6; En continu : 9; En cours : 2; Non débutée : 0.</i> ▪ Travaux à venir : consolidation des pratiques, notamment en ce qui concerne le processus qui permet de diriger vers les services de pédopsychiatrie. <p><i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i></p>
N° 16.2	S'assurer de l'application systématique du protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque de suicide, au besoin.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 18) – Terminée : 4; En continu : 10; En cours : 3; Non débutée : 1.</i> ▪ Diffusion par le MSSS, en 2018, du <i>Protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille.</i> ▪ Travaux à poursuivre : <ul style="list-style-type: none"> - la mise à jour du protocole dans les établissements; - les activités d'information et de formation pour que les équipes s'approprient le protocole. <p><i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i></p>
N° 16.3	Compléter les équipes de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en prévention du suicide.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 16) – Terminée : 8; En continu : 4; En cours : 3; Non débutée : 1.</i> ▪ Investissement récurrent de 15 M\$ par le MSSS depuis 2017 dans le but de rehausser les services de psychologie destinés aux jeunes en difficulté, dont 3 M\$ pour l'ajout de ressources professionnelles en vue de la consolidation des équipes multidisciplinaires jeunesse. <p><i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 2 : Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte					
D. Intervenir de façon précoce et adaptée auprès des jeunes qui vivent un premier épisode psychotique					
N° 17.1	Soutenir l'élaboration et la diffusion de standards fondés sur les bonnes pratiques encadrant la composition des équipes et la prestation de services spécifiques destinés à ces jeunes.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publication par le MSSS, en 2017, du <i>Cadre de référence – Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques</i>. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 17.2	Rendre accessibles des services spécifiques destinés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, en respectant les standards.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 23) – Terminée : 3; En continu : 8; En cours : 11; Non débutée : 1.</i> ▪ Travaux à poursuivre : <ul style="list-style-type: none"> - consolidation des équipes et de l'offre de service pour les PEP dans le respect des normes et des standards établis dans le cadre de référence ministériel; - accomplissement, auprès des partenaires, d'activités de promotion liées à cette offre de service et aux mécanismes de référence. ▪ En 2017, le MSSS a attribué 10 M\$ pour le développement de ces services dans 12 établissements. ▪ En date du mois d'août 2019, sur les 3 136 places requises, 2 426 avaient été développées dans les services PEP. Toutefois, étant donné que certaines de ces places ont été déployées en surnombre dans certains établissements, ce sont 70 % (2 195/3 136) des places requises qui ont été réellement développées. ▪ Six établissements ont complété le développement de leur nombre de places requises. ▪ En date du mois d'août 2019, 70 % (137/196) des ETC requis étaient en place dans le RSSS. <p><i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
A. Soutenir le partenariat et la collaboration interprofessionnelle					
Renforcer la continuité des services en santé mentale					
N° 18	Désigner et soutenir un cadre supérieur responsable et imputable des résultats cliniques et organisationnels de l'ensemble du continuum de soins et de services.	Établissements	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 25) – Terminée : 18; En continu : 4; En cours : 3; Non débutée : 0.</i> ▪ Désignation du DSMDI dans les établissements qui offrent des soins et des services en santé mentale. <i>Source : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>
N° 19	Mettre en place et animer des mécanismes de concertation territoriale entre les différents partenaires.	Établissements	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 24) – Terminée : 3; En continu : 15; En cours : 5; Non débutée : 1.</i> ▪ Des mécanismes de concertation sont disponibles dans l'ensemble des régions. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>
N° 20	Mettre sur pied une table réseau universitaire intégré en santé sectorielle en santé mentale.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux entrepris par le MSSS avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) autour de la hiérarchisation des services en psychiatrie légale. ▪ Une réflexion doit être faite en ce qui concerne la position des instituts universitaires en santé mentale en soutien aux RUIS. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 21.1	Intégrer, à même la fonction du GASM, les procédures d'orientation et d'accès aux services spécialisés.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 21) – Terminée : 5; En continu : 4; En cours : 12; Non débutée : 0.</i> ▪ En mars 2019, la psychiatrie adulte a été ajoutée à l'Accès priorisé aux services spécialisés. Des travaux importants sont en cours au MSSS pour assurer la complémentarité entre le GASM et le CRDS. ▪ Poursuite des travaux dans le RSSS dans le but de parfaire l'harmonisation entre le GASM et le CRDS. <i>Source : Questionnaire DSMDI (mars 2018 et été 2019) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 21.2	Rendre les gestionnaires des services spécifiques et des services spécialisés de santé mentale conjointement responsables de rendre compte de l'atteinte des résultats au regard de l'accès aux services.	Établissements	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 24) – Terminée : 7; En continu : 11; En cours : 6; Non débutée : 0.</i> ▪ Implantation de la gestion intégrée du continuum de soins et de services dans les établissements : <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de salles de pilotage et de stations visuelles pour faire un suivi conjoint des indicateurs liés à l'accès aux services ainsi qu'à leur continuité; - mise sur pied de comités de coordination clinique en vue de favoriser la fluidité et l'harmonisation entre les services. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>
N° 22	Poursuivre, en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), l'implantation des ententes de collaboration en santé mentale et en dépendance entre les établissements et les communautés non conventionnées.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mise en place des ententes de collaboration a débuté avant le PASM. Trois ententes ont été officiellement signées. ▪ En raison de la restructuration du RSSS et des nombreux changements de ressources dans le RSSS et à la CSSSPNQL, ce projet n'a pas obtenu de levier pour assurer la continuité. ▪ Adaptation de plusieurs formations touchant davantage l'évaluation en dépendances. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
A. Soutenir le partenariat et la collaboration interprofessionnelle					
Soutenir les médecins de famille et les pédiatres					
N° 23.1	Offrir un soutien clinique aux médecins et aux pédiatres, concernant notamment : a. les interventions à favoriser relativement aux troubles mentaux et à leurs manifestations; b. les services offerts, les mécanismes de référence et d'accès et les adaptations possibles du continuum de soins et de services à leur pratique.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation :</i> N° 23.1 (n = 23) – Terminée : 2; En continu : 12; En cours : 9; Non débutée : 0. N° 23.2 (n = 22) – Terminée : 2; En continu : 9; En cours : 11; Non débutée : 0. N° 23.3 (n = 23) – Terminée : 2; En continu : 6; En cours : 13; Non débutée : 2. ▪ Consolidation des guichets d'accès en vue de systématiser la collaboration avec les médecins référents, notamment par la mise en place de mécanismes de coordination et de liaison. ▪ Poursuite du déploiement de la fonction de MSRP pour offrir du soutien clinique. Les modalités prévues pour offrir du soutien sont : <ul style="list-style-type: none"> - la présence de personnel infirmier de liaison qui assure les liens entre le MSRP et les médecins de famille ou les pédiatres; - un service de consultations téléphoniques pour les médecins de famille et les pédiatres avec le MSRP ou les psychiatres de garde; - la mise en place de tables cliniques où des discussions de cas complexes sont entreprises dans les GMF en présence du MSRP. ▪ Poursuite de la promotion, auprès des GMF et des cliniques médicales, des fonctions exercées par le MSRP et des processus de référence vers les services de santé mentale. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et groupes de discussion menés au cours de l'hiver 2020.</i>
N° 23.2	Établir des mécanismes de référence et d'accès adaptés aux besoins de la pratique de la médecine de famille et en assurer la diffusion.	Établissements		X	
N° 23.3	Définir des procédures systématiques et standardisées de suivi de dossier et de collaboration auprès des médecins de famille et des autres médecins traitants.	Établissements		X	
Soutenir les partenaires internes ou externes des établissements					
N° 24.1	Rédiger et diffuser un document de référence encadrant la fonction de PRSM.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite des échanges en lien avec la préparation de ce document de référence. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 24.2	Déployer la fonction de PRSM en fonction des besoins déterminés.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 23) – Terminée : 5; En continu : 4; En cours : 5; Non débutée : 9.</i> ▪ Soutien offert aux partenaires par l'intermédiaire d'intervenants qui assument les rôles de spécialiste en activités cliniques, d'agent de liaison ou de coordonnateur clinique en santé mentale. Ce soutien est déployé, principalement, auprès des médecins de famille dans les GMF, des équipes d'autres programmes-services et de certains organismes communautaires. <i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i>
N° 24.3	Soutenir et accompagner les équipes professionnelles qui travaillent dans les communautés des Premières Nations non conventionnées.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 13) – Terminée : 1; En continu : 5; En cours : 2; Non débutée : 5.</i> ▪ Déploiement, par certains établissements, de professionnels répondants ou d'une équipe spécialisée. <i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i>
N° 25.1	Déployer la fonction de MSRP en fonction des besoins déterminés.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 23) – Terminée : 4; En continu : 7; En cours : 11; Non débutée : 1.</i> ▪ Déploiement progressif auprès des GMF et des équipes des services spécifiques de santé mentale. ▪ Dans certains établissements, cette fonction est intégrée au GASM en vue de mieux orienter les demandes de références. <i>Sources : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i>
N° 25.2	Discuter avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) de la possibilité d'un élargissement de l'entente du MSRP afin de lui permettre de soutenir les équipes professionnelles desservant une communauté de Premières Nations non conventionnée.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les discussions à propos des ententes de collaboration possibles doivent être poursuivies. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
A. Soutenir le partenariat et la collaboration interprofessionnelle					
Soutenir les établissements : le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)					
N° 26	Étendre le mandat du CNESM à l'ensemble du continuum de soins et de services en santé mentale, tant à l'intention des enfants et des jeunes qu'à l'intention des adultes.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mis sur pied en juin 2008, le CNESM avait initialement pour mandat de soutenir le développement des bonnes pratiques pour le SIV, le SIM et les services spécifiques de santé mentale destinés aux adultes. ▪ Le mandat est élargi aux services de santé mentale jeunesse (juillet 2017), au programme des premiers épisodes psychotiques (décembre 2017) et aux usagers en attente d'un niveau de soins alternatif (NSA) (février 2018) par la mise en place de trois conseillers dédiés à ces services. ▪ Un investissement récurrent de 500 000 \$ est attribué, depuis avril 2017, au CNESM pour soutenir les meilleures pratiques. <p><i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>
B. Promouvoir et soutenir les bonnes pratiques en matière de soutien clinique					
N° 27	Offrir des mesures de soutien clinique aux intervenants en santé mentale.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation (n = 26) – Terminée : 1; En continu : 18; En cours : 7; Non débutée : 0.</i> ▪ Poursuite, par le MSSS, des travaux pour diffuser un cadre de référence sur les bonnes pratiques en matière de soutien clinique. ▪ Mise en place de postes d'encadrement clinique dans les différentes équipes en vue d'assurer un soutien clinique. Des communautés de pratiques et des activités de codéveloppement sont aussi mises à la disposition des intervenants pour favoriser la discussion clinique à propos des cas complexes. ▪ Déploiement d'une offre de formation auprès du personnel dédié au soutien clinique. ▪ Poursuite des travaux pour : <ul style="list-style-type: none"> - consolider les postes d'encadrement clinique; - définir les rôles et les responsabilités des différents titres d'emploi; - renforcer les fonctions de soutien clinique des superviseurs auprès des intervenants. <p><i>Sources : Questionnaire DSMDI (été 2010) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i></p>
C. Consolider les mesures inscrites dans le PASM 2005-2010					
Services d'intervention de crise					
N° 28	Rendre disponibles, sur le territoire, des services d'intervention de crise.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation :</i> <i>Intervention de crise à très court terme (n = 23) – Terminée : 6; En continu : 15; En cours : 2; Non débutée : 0.</i> <i>Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (n = 20) – Terminée : 8; En continu : 12; En cours : 0; Non débutée : 0.</i> <i>Intervention de crise dans le milieu 24/7 (n = 22) – Terminée : 7 En continu : 10; En cours : 5; Non débutée : 0.</i> <i>Hébergement de crise (n = 23) – Terminée : 6; En continu : 12; En cours : 4; Non débutée : 1.</i> <i>Urgence psychiatrique (n = 17) – Terminée : 5; En continu : 12; En cours : 0; Non débutée : 0.</i> ▪ Un investissement récurrent de 1 M\$ est attribué par le MSSS, depuis 2017, pour rehausser les services sociaux généraux du RSSS dans le but de consolider les services d'intervention de crise. ▪ Ces services sont disponibles sur le territoire des différents établissements et ils sont bien connus. ▪ Poursuite des travaux pour assurer une meilleure harmonisation entre les différents partenaires et pour garantir une cohérence dans la trajectoire de soins et de services proposée. <p><i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i></p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
C. Consolider les mesures inscrites dans le PASM 2005-2010					
Soutien aux personnes qui présentent un risque suicidaire					
N° 29.1	Offrir et rendre accessible le suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Implantation :</i> N° 29.1 (n = 24) – Terminée : 3; En continu : 8; En cours : 12; Non débutée : 1. N° 29.2 (n = 24) – Terminée : 2; En continu : 7; En cours : 13; Non débutée : 2. N° 29.3 (n = 23) – Terminée : 1; En continu : 8; En cours : 12; Non débutée : 2. ▪ Poursuite des travaux, auprès des intervenants concernés, pour encadrer et harmoniser les pratiques pour le suivi étroit, notamment par le développement d'une offre de formation en continu et par la mise en place d'un protocole d'intervention en situation de risque suicidaire. ▪ Des travaux doivent être entrepris pour assurer la diffusion, auprès des partenaires concernés, de l'offre de services et du processus de référence. <p>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et groupes de discussion menés durant l'hiver 2020.</p>
N° 29.2	Faire connaître les mesures de suivi étroit auprès des partenaires.	Établissements		X	
N° 29.3	Établir un processus de référence vers les mesures de suivi étroit avec les partenaires.	Établissements		X	
N° 30.1	Collaborer avec la CSSSPNQL pour l'adaptation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et la formation d'intervenants qui s'adressent aux communautés des Premières Nations non conventionnées.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptation des guides en 2015, en collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. ▪ Plus de 300 intervenants ont été formés dans les communautés, dans les organisations des Premières Nations et en milieu urbain. ▪ Une formation sentinelle est aussi offerte à la population, bien que le contenu n'ait pas fait l'objet d'une adaptation. ▪ La CSSSPNQL offre également le suivi à la formation. <p>Source : Suivi exécuté par le DSSMPL.</p>
N° 30.2	Collaborer à la mise en place de démarches similaires auprès des communautés autochtones conventionnées.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces démarches sont terminées pour les communautés des Premières Nations et Inuites conventionnées. Des formations pilotes débiteront en 2020 en territoire Eeyou Istchee. Le Nunavik a entrepris le déploiement de formations. ▪ Ces travaux ont été exécutés en collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide. <p>Sources : Suivi exécuté par la DSSMPL.</p>
Équipes de santé mentale de première ligne					
N° 31	Poursuivre le déploiement et l'optimisation des services spécifiques de première ligne en santé mentale.	MSSS		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poursuite en continu des travaux menés en collaboration avec le CNESM. ▪ En mai 2019, investissement de 20 M\$ en vue de diminuer les listes d'attente pour recevoir des services en santé mentale. ▪ Le déploiement du PQPTM est un levier additionnel pour assurer un meilleur accès aux services de santé mentale. ▪ Les différentes étapes (franchies ou à venir) sont : <ul style="list-style-type: none"> - le déploiement de deux sites de démonstration : le CISSS de Chaudière-Appalaches avec le guide <i>Dépression enfants et adolescents</i> au cours de l'été 2019, et le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec avec le guide <i>Anxiété généralisée et trouble panique</i> au cours de l'hiver 2019; - la diffusion, en octobre 2019, du guide <i>Troubles mentaux fréquents</i>; - le déploiement de cinq sites précurseurs, au cours de l'automne 2019, avec le guide <i>Troubles mentaux fréquents</i>; - la diffusion des guides <i>Anxiété généralisée et trouble panique</i> et <i>Dépression enfants et adolescents</i> prévue en 2020. <p>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</p>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
C. Consolider les mesures inscrites dans le PASM 2005-2010					
Soutien et suivi dans la communauté des personnes qui présentent un trouble mental grave					
N° 32	Poursuivre la mise en œuvre du mécanisme national de reconnaissance de la qualité des services de SIV et de SIM.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec le CNESM, le MSSS poursuit en continu les activités d'homologation des équipes SIV et SIM, ainsi que les activités de soutien post-accréditation. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 33.1	Poursuivre le déploiement des services de SIV.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 21) – Terminée : 5; En continu : 7; En cours : 9; Non débutée : 0. Investissement récurrent de 15 M\$ attribué à 12 établissements par le MSSS, depuis 2017. En 2018-2019, le nombre de places en SIV reconnues par le MSSS s'élevait à 12 349. Ce résultat représente 188 places de plus que ce que la cible avait fixé pour 2018-2019 (12 161) et un écart de 73 places par rapport à la cible établie pour 2020 (12 422). Seize établissements sur les 23 concernés ont atteint leur engagement. Le nombre de places en SIV créées depuis l'instauration du PASM s'élève à 4 052. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>
N° 33.2	Poursuivre le déploiement des services de SIM.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 18) – Terminée : 9; En continu : 4; En cours : 5; Non débutée : 0. Investissement récurrent de 15 M\$ attribué à 12 établissements par le MSSS, depuis 2017. En 2018-2019, le nombre de places de SIM reconnues par le MSSS s'élevait à 4 782, soit 212 places de plus que ce qui avait été fixé par la cible pour 2018-2019 (4 570) et 46 places de plus que ce que cette cible avait fixé pour 2020 (4 736). Treize établissements sur les 18 concernés ont atteint leur engagement. Le nombre de places de SIM créées depuis l'instauration du PASM s'élève à 820. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>
N° 33.3	Intégrer un pair-aidant dans au moins 30 % des équipes de SIV et dans 80 % des équipes de SIM.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 21) – Terminée : 2; En continu : 3; En cours : 12; Non débutée : 4. Poursuite des travaux pour augmenter le nombre de pairs aidants dans les équipes de SIV et de SIM. De janvier 2015 à octobre 2019, le nombre de pairs aidants formés qui exercent leurs activités dans le domaine de la santé mentale est passé de 67 à 85. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et données de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).</i>
N° 34	Mettre en place à Montréal une équipe de SIM à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance et qui présente des troubles mentaux graves.	CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	X		<ul style="list-style-type: none"> Déploiement du programme de réaffiliation itinérance et santé mentale dans deux sites supplémentaires depuis 2015. En collaboration avec l'Hôpital Notre-Dame, ces services sont maintenant déployés dans trois refuges montréalais (Mission Old Brewery, Accueil Bonneau et Mission Bon Accueil). <i>Source : Questionnaire DSMDI (mars 2018).</i>
N° 35	Convenir d'ententes avec les communautés des Premières Nations non conventionnées sur la dispensation des services SIM/SIV et de programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP), dans le respect des responsabilités qui incombent à chacun des paliers de gouvernement.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 8) – Terminée : 1; En continu : 0; En cours : 2; Non débutée : 5. Trois établissements sur les 11 affiliés aux communautés des Premières Nations non conventionnées ont établi des ententes. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019).</i>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
D. Services de psychiatrie légale et en milieu carcéral					
N° 36.1	Adopter une stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale.	MSSS, MJQ et MSP	X		<ul style="list-style-type: none"> Diffusion, en 2018, par le Forum justice et santé mentale, de la <i>Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale – Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale</i>. En date du mois de décembre 2019, un programme d'accompagnement justice et santé mentale est offert dans 14 villes, réparties dans 10 régions. Ce programme offre un traitement judiciaire adapté à la réalité des personnes qui présentent un problème de santé mentale et qui doivent affronter la justice. Ce déploiement se poursuivra au cours des prochaines années. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL et site Web du MJQ.</i>
N° 36.2	Désigner des « répondants justice-santé mentale ».	Établissements	X		<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 26) – Terminée : 15; En continu : 3; En cours : 7; Non débutée : 1. Désignation d'un « répondant justice-santé mentale » par les établissements. <i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019) et suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 37	Désigner un institut national de psychiatrie légale.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> Désignation, en octobre 2018, de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
La psychiatrie légale relevant du Code civil du Québec					
N° 38.1	Publier des orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> Diffusion par le MSSS, en 2018, de deux documents : <ul style="list-style-type: none"> <i>Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux.</i> <i>Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental.</i> <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 38.2	Diffuser, dans le rapport annuel de gestion, des données factuelles sur la garde et l'évaluation psychiatrique d'une personne sans son consentement.	Établissements	X		<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 26) – Terminée : 2; En continu : 14; En cours : 10; Non débutée : 0. Sur les 28 établissements qui offrent des soins et des services en santé mentale, un seul n'avait pas inclus ces données dans son rapport annuel de gestion 2017-2018. Poursuite de l'harmonisation des processus de compilation des données à l'intérieur des différentes installations pour assurer la validité des données. <i>Sources : Questionnaires DSMDI (mars 2018 et été 2019) et rapport annuel de gestion 2017-2018 des établissements.</i>
N° 38.3	Diffuser un « protocole de garde » conforme aux orientations ministérielles.	Établissements		X	<ul style="list-style-type: none"> Implantation (n = 26) – Terminée : 2; En continu : 2; En cours : 22; Non débutée : 0. Adoption, au printemps 2019, d'un protocole de mise sous garde par la majorité des établissements. Travaux en cours : <ul style="list-style-type: none"> actualisation d'un plan de diffusion élaboré par la majorité des établissements en vue d'assurer la diffusion du protocole de mise sous garde de même que des outils qui y sont liés pour assurer une application conforme par le personnel; offre de formation en continu pour assurer le transfert des connaissances et pour soutenir le personnel qui doit affronter le changement. <i>Source : Questionnaire DSMDI (été 2019).</i>
N° 38.4	Élaborer, en collaboration, une formation et l'offrir conjointement dans les réseaux respectifs.	MSSS, MJQ et MSP		X	<ul style="list-style-type: none"> Les équipes du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale et du CHU de Québec déposeront, en 2020, la formation portant sur la LPP – tronc commun. Une structure de déploiement de la formation portant sur la LPP – tronc commun en est à l'étape de l'élaboration et elle sera actualisée au cours de l'année financière 2020-2021. L'offre de la formation sera assurée pour l'ensemble des partenaires et des acteurs impliqués dans la trajectoire de mise sous garde en établissement. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>

Mesures du PASM		Responsables	Situation de l'implantation		Résultats
			Terminée	En cours ou en continu	
Orientation 3 : Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins					
D. Services de psychiatrie légale et en milieu carcéral					
La psychiatrie légale relevant du Code criminel					
N° 39.1	Réviser l'arrêté ministériel désignant les lieux de garde.	MSSS	X		<ul style="list-style-type: none"> Publication d'un nouvel arrêté ministériel en 2017. Seules les installations désignées pour la région de Montréal ont été modifiées. Poursuite des travaux de hiérarchisation des services en psychiatrie légale. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
N° 39.2	Poursuivre les travaux du Forum justice et santé mentale.	MJQ et MSP		X	<ul style="list-style-type: none"> Des travaux du Forum justice et santé mentale ont été exécutés lors de rencontres qui ont eu lieu les 21 mars et 23 novembre 2017. La sensibilisation par rapport aux services de psychiatrie légale donnés en mode ambulatoire se poursuit par l'intermédiaire du projet national de hiérarchisation des services en psychiatrie légale. En juillet 2018, le MJQ a mis sur pied la Direction des programmes d'adaptabilité et de justice réparatrice. Celle-ci fait le suivi des programmes d'accompagnement justice et santé mentale. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>
Les soins psychiatriques en milieu carcéral					
N° 40	Déposer au gouvernement une demande conjointe visant le transfert au MSSS de la direction et de la responsabilité des soins de santé et des services sociaux dispensés dans les établissements de détention provinciaux.	MSSS et MSP	X		<ul style="list-style-type: none"> Dépôt de la demande faite en 2016 par le MSSS et le MSP auprès du Conseil du trésor. Seule l'offre de soins en matière de santé physique a été prise en considération et financée. Ce transfert a tout de même été exécuté pour 14 des 16 établissements de détention provinciaux. Les soins de santé dans les établissements de détention de Québec et de Montréal sont toujours sous la responsabilité du MSP. <i>Source : Suivi exécuté par la DSSMPL.</i>

Annexe 3. Accès aux soins et aux services en santé mentale

Tableau 6. Résultats liés à certains indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, selon le site évalué

Indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale	Site n° 1 Région universitaire (usagers = 13) (épisodes = 19)	Site n° 2 Région intermédiaire (usagers = 13) (épisodes = 42)	Site n° 3 Région éloignée (usagers = 11) (épisodes = 27)	Site n° 4 Région périphérique (usagers = 13) (épisodes = 39)	Site n° 5 Région universitaire (usagers = 13) (épisodes = 40)	Total (usagers = 63) (épisodes = 167)
A. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date de la 1 ^{re} intervention (standard ministériel : 30 jours)	164,4 (épisodes = 10)	165,0 (épisodes = 16)	113,7 (épisodes = 12)	119,3 (épisodes = 17)	199,1 (épisodes = 13)	150,9 (épisodes = 68)
B. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date d'orientation par le GASM	82,4 (épisodes = 8)	n. d.	n. d.	58,3 (épisodes = 6)	96,5 (épisodes = 8)	75,1 (épisodes = 25)
C. Délai moyen (en jours) entre la date d'orientation par le GASM et la date de la 1 ^{re} intervention	101,2 (épisodes = 9)	n. d.	n. d.	172,3 (épisodes = 6)	132,3 (épisodes = 8)	126,1 (épisodes = 26)
D. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date de rétroaction au référent (standard ministériel : 7 jours)	8,8 (épisodes = 6)	n. d.	n. d.	n. d.	29,7 (épisodes = 6)	19,3 (épisodes = 15)
E. Durée moyenne (en jours) de l'épisode de services	208,8 (épisodes = 15)	181,7 (épisodes = 32)	251,3 (épisodes = 19)	219,4 (épisodes = 26)	119,6 (épisodes = 21)	194,1 (épisodes = 113)
F. Nombre moyen d'interventions	14,7 (épisodes = 13)	12,3 (épisodes = 18)	11,4 (épisodes = 17)	20,4 (épisodes = 17)	12,7 (épisodes = 7)	14,5 (épisodes = 72)
G. Fréquence moyenne des interventions (en jours)	15,2 (épisodes = 13)	34,1 (épisodes = 18)	29,6 (épisodes = 17)	18,5 (épisodes = 17)	19,0 (épisodes = 7)	24,5 (épisodes = 72)

Tableau 7. Résultats liés à certains indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, selon le type de services reçus

Indicateurs de l'accès aux soins et aux services en santé mentale	Spécifiques		Spécialisés				En communauté	
	Suivi psychosocial et psychologique ou psychothérapie (épisodes = 28)	Total (épisodes = 42)	Suivi avec un psychiatre (épisodes = 32)	Programme de traitement (épisodes = 18)	Hospitalisation (épisodes = 32)	Psychothérapie 2e ligne (épisodes = 12)	Total (épisodes = 114)	Soutien d'intensité variable (épisodes = 11)
A. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date de la 1^{re} intervention (standard ministériel : 30 jours)	248,3 (épisodes = 21)	227,1 (épisodes = 26)	96,7 (épisodes = 10)	185,8 (épisodes = 8)	n. d.	89,2 (épisodes = 5)	109,8 (épisodes = 33)	81,8 (épisodes = 9)
B. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date d'orientation par le GASM	95,8 (épisodes = 11)	91,1 (épisodes = 13)	35,7 (épisodes = 3)	n. d.	n. d.	n. d.	55,0 (épisodes = 9)	66,3 (épisodes = 3)
C. Délai moyen (en jours) entre la date d'orientation par le GASM et la date de la 1^{re} intervention	174,9 (épisodes = 12)	158,8 (épisodes = 14)	126 (épisodes = 3)	n. d.	n. d.	n. d.	112,9 (épisodes = 9)	13,3 (épisodes = 3)
D. Délai moyen (en jours) entre la date à laquelle l'utilisateur demande une référence et la date de rétroaction au référent (standard ministériel : 7 jours)	15,4 (épisodes = 5)	13,3 (épisodes = 6)	n. d.	4 (épisodes = 3)	n. d.	n. d.	29,8 (épisodes = 6)	10,3 (épisodes = 3)
E. Durée moyenne (en jours) de l'épisode de services	233,3 (épisodes = 24)	220,1 (épisodes = 33)	441 (épisodes = 10)	280,6 (épisodes = 9)	21,5 (épisodes = 31)	311,1 (épisodes = 11)	176,2 (épisodes = 70)	234,1 (épisodes = 10)
F. Nombre moyen d'interventions	14,5 (épisodes = 24)	14,2 (épisodes = 29)	6,1 (épisodes = 10)	12 (épisodes = 6)	n. d.	22,1 (épisodes = 11)	13,4 (épisodes = 33)	18,5 (épisodes = 10)
G. Fréquence moyenne des interventions (en jours)	16,5 (épisodes = 24)	18,3 (épisodes = 29)	73,8 (épisodes = 10)	17,3 (épisodes = 6)	n. d.	14,3 (épisodes = 11)	33,3 (épisodes = 33)	13,4 (épisodes = 10)

Annexe 4. Résultats liés aux entretiens téléphoniques avec les usagers

Tableau 8. Résultats liés aux entretiens téléphoniques avec les usagers (thème A – réponse aux besoins de l’usager), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	75 %	86,3 %	85,9 %	86,7 %	74,4 %	81,7 %
Q1. qui jugent que les soins et services reçus ont répondu aux besoins exprimés lors de la demande de services.	66,7 %	89,7 %	87,9 %	83,3 %	70 %	79,8 %
Q2. qui jugent que les soins et services reçus ont été adaptés en fonction de leurs caractéristiques financières, personnelles et sociales.	83,3 %	79,5 %	84,8 %	93,3 %	76,7 %	83,3 %
Q3. qui se disent satisfaits de l’ensemble des soins et services reçus.	75 %	89,7 %	84,8 %	83,3 %	76,7 %	82,1 %

Tableau 9. Résultats liés aux entretiens téléphoniques avec les usagers (thème B – participation de la personne utilisatrice de services et participation des membres de son entourage), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	67,9 %	73,4 %	71,9 %	87,8 %	72 %	74,4 %
Q4. qui jugent que les intervenants affectés à leur cas se sont toujours préoccupés de bien leur expliquer les services qu’ils recevraient, les avantages et les inconvénients des interventions proposées ainsi que les outils d’évaluation utilisés.	77,8 %	82,1 %	75,8 %	86,7 %	83,3 %	81 %
Q5. qui jugent que les intervenants affectés à leur cas se sont préoccupés d’écrire, avec leur participation, le plan d’intervention à leur sujet.	80 %	76,9 %	66,7 %	92,6 %	73,3 %	77,6 %
Q6. qui jugent que les intervenants affectés à leur cas se sont toujours assurés qu’ils avaient bien compris l’information qu’on leur donnait sur leur situation, sur leur médication et sur les soins proposés.	86,1 %	82,1 %	78,8 %	93,3 %	80 %	83,9 %
Q7. qui jugent qu’ils avaient eu la chance de choisir le soin ou le service qui convenait davantage à leurs besoins, parmi plusieurs choix.	20 %	55,6 %	70 %	76,7 %	53,3 %	55,1 %
Q8. qui jugent que les intervenants affectés à leur cas ont su leur proposer, dès le début, la possibilité d’inclure les membres de leur entourage dans les soins et services prodigués.	70 %	69,2 %	66,7 %	90 %	70 %	73,1 %

Tableau 10. Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème C – la qualité de la relation avec les intervenants), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	78,6 %	83,9 %	78,8 %	92,4 %	80 %	82,6 %
Q9. qui ont eu l'impression que les intervenants affectés à leur cas comprenaient leur situation.	86,1 %	82,1 %	75,8 %	90 %	76,7 %	82,1 %
Q10. qui ont eu l'impression que les intervenants affectés à leur cas s'intéressaient à leur environnement et à leurs habitudes de vie.	88,9 %	89,7 %	78,8 %	93,3 %	80 %	86,3 %
Q11. qui se sont toujours sentis respectés dans leur choix lorsqu'on leur donnait des services.	80,6 %	87,2 %	81,8 %	93,3 %	80 %	84,5 %
Q12. qui jugeaient que les intervenants affectés à leur cas étaient compétents et qu'ils cherchaient à améliorer leur situation.	86,1 %	84,6 %	90,9 %	96,7 %	83,3 %	88,1 %
Q13. qui ont développé un sentiment de confiance envers les intervenants affectés à leur cas.	75 %	84,6 %	81,8 %	96,7 %	83,3 %	83,9 %
Q14. qui se sont sentis soutenus par les intervenants affectés à leur cas dans le développement de leurs compétences à mieux gérer leur situation.	66,7 %	86,1 %	78,8 %	93,3 %	83,3 %	81,2 %
Q15. qui se sont toujours sentis capables de faire ce que les intervenants affectés à leur cas leur proposaient comme action pour se rétablir.	66,7 %	72,2 %	63,6 %	83,3 %	73,3 %	71,5 %

Tableau 11. Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème D – la continuité des services), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	62,5 %	66,7 %	68,8 %	84,2 %	75,3 %	70,1 %
Q16. qui n'ont pas été obligés de répéter leur histoire à chaque nouvel intervenant qu'ils rencontraient. Les intervenants semblaient au courant de leur histoire.	60 %	55,6 %	60 %	75 %	74,1 %	63,9 %
Q17. qui ont obtenu du soutien et de l'accompagnement lorsqu'ils ont été dirigés vers un autre professionnel ou vers un autre service, en cours d'intervention.	66,7 %	75 %	76,7 %	83,3 %	66,7 %	73 %
Q18. qui ont eu l'impression que les intervenants affectés à leur cas s'échangeaient de l'information pour assurer la continuité des soins qui leur étaient prodigués.	61,1 %	69,4 %	69,7 %	100 %	85,2 %	73,5 %

Tableau 12. Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème E – l’accessibilité aux services), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	58,1 %	68,4 %	75,8 %	73,6 %	67,8 %	68,5 %
Q19. qui jugent qu’il a été facile d’avoir accès aux soins et aux services qui pouvaient leur être prodigués.	50 %	61,5 %	78,8 %	63,3 %	66,7 %	63,7 %
Q20. qui ont toujours su à quel intervenant s’adresser en cas de questionnement ou de problème.	75,8 %	72,2 %	69,7 %	85,2 %	73,3 %	74,8 %
Q21. qui jugent avoir reçu une réponse, à l’intérieur d’un délai acceptable, à leur demande d’aide.	50 %	71,8 %	78,8 %	73,3 %	63,3 %	67,3 %

Tableau 13. Résultats liés aux entrevues téléphoniques avec les usagers (thème F – le rétablissement de l’usager), selon le site évalué

	Site n° 1 Région universitaire (n = 12)	Site n° 2 Région intermédiaire (n = 13)	Site n° 3 Région éloignée (n = 11)	Site n° 4 Région périphérique (n = 10)	Site n° 5 Région universitaire (n = 10)	Moyenne (n = 56)
Moyenne des réponses quantitatives des usagers et, plus spécifiquement, la proportion des usagers...	66,7 %	79,5 %	74,2 %	86,7 %	75,4 %	76,3 %
Q22. qui jugent avoir repris le contrôle de leur situation à la suite des soins et des services reçus.	69,4 %	74,4 %	69,7 %	90 %	74,1 %	75,2 %
Q23. qui jugent que leur qualité de vie et leur implication sociale se sont améliorées à la suite des soins et des services reçus.	63,9 %	84,6 %	78,8 %	83,3 %	76,7 %	77,4 %

Annexe 5. Tableau synoptique de l'évaluation des soins et des services en santé mentale

ÉVALUATION DES SOINS ET DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE SYNTHÈSE DES CONSTATATIONS ET DES RECOMMANDATIONS	
PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020 : 40 MESURES, DÉFINIES EN 66 ACTIONS RESPONSABLES : MSSS (21 ACTIONS), RSSS (35 ACTIONS) ET AUTRES MINISTÈRES (10 ACTIONS)	
<p>Principaux éléments méthodologiques</p> <p>Mandat confié par la Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale.</p> <p>Objectif général qui consiste à analyser les différentes retombées engendrées par la mise en œuvre du PASM sur le continuum de soins et de services en santé mentale.</p> <p>Trois volets :</p> <p>(1) L'évaluation de la mise en œuvre du PASM;</p> <p>(2) La reconstruction de l'itinéraire des usagers en santé mentale;</p> <p>(3) L'appréciation de l'expérience-patient en santé mentale.</p>	<p>Sources des données</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires portant sur la mise en œuvre des mesures du PASM transmis, en mars 2018 et en juillet 2019, aux DSMDI de 28 établissements (volet 1). ▪ Groupes de discussion menés, en janvier et en février 2020, dans 5 établissements auprès de 128 intervenants du RSSS et partenaires, sur les thèmes suivants : 1) le soutien dans la poursuite du parcours scolaire des jeunes; 2) le soutien aux médecins de famille et aux pédiatres dans leur pratique; et 3) les services de suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé (volet 1). ▪ Consultation, durant l'automne 2018, des dossiers cliniques de 63 usagers, répartis dans 5 établissements (volet 2). ▪ Entrevues téléphoniques menées, durant l'automne 2018, auprès de 56 usagers (sur les 63 qui ont été sollicités) (volet 2). ▪ Groupes de discussion menés, en janvier et en février 2020, dans 5 établissements auprès de 18 usagers en santé mentale (volet 3).

❖ VOLET 1 : RÉSULTATS LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DU PASM

Légende de présentation des résultats : (+) Bons coups ou facteurs facilitants ou retombées positives (±) Travaux à poursuivre (–) Enjeux à surveiller ou obstacles

PRINCIPALES CONSTATATIONS	RECOMMANDATIONS
<p>+ Soutien financier et déploiement, par le MSSS, de nombreux projets porteurs en lien avec la santé mentale (par exemple, Aire ouverte, PIPEP, PQPTM).</p> <p>± Travaux terminés pour 24 des 66 actions (36,4 %) du PASM. Les travaux à venir consistent, principalement, à consolider les nouveaux processus et mécanismes mis en place.</p> <p>– Enjeux liés à la rétention des intervenants du RSSS, au maintien de l'expertise et au recrutement de professionnels qualifiés en contexte de rareté de la main-d'œuvre, ce qui constitue des obstacles importants à l'atteinte des objectifs du PASM.</p> <p>– Absence de lignes directrices ou d'orientations claires du MSSS pour la mise en œuvre de certaines mesures (par exemple, les PRSM, les mesures de soutien clinique et les mesures de suivi étroit).</p> <p>– Absence de mécanismes officiels et constants pour le suivi de la mise en œuvre du PASM.</p>	<p>Tel que l'indique le <i>Guide de bonnes pratiques concernant le plan d'action : de la conception au suivi des résultats</i> du MSSS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limiter le nombre d'actions à mettre en place dans un prochain plan d'action en santé mentale et donner la priorité à celles dont le caractère est novateur et stratégique. Pour chaque action, un indicateur et une cible mesurable à atteindre doivent être établis. 2. Mettre en place un mécanisme de suivi annuel pour la mise en œuvre d'un prochain plan d'action. L'utilisation d'une fiche standardisée pour le suivi de chaque action se révèle un outil essentiel pour faire les ajustements nécessaires.

PRINCIPALES CONSTATATIONS	RECOMMANDATIONS
ORIENTATION 1 : PROMOUVOIR LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE ET LE PLEIN EXERCICE DE SA CITOYENNETÉ	
<ul style="list-style-type: none"> + Poursuite des efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes qui présentent un trouble mental : diffusion annuelle, par le MSSS, de campagnes d’information et de sensibilisation sur les troubles anxieux et déploiement de plans d’action régionaux sur la primauté de la personne. + Retombées de la réorganisation de l’offre de services en hébergement : offre de services adaptée aux besoins et aux préférences des usagers, diminution des délais d’accès aux ressources résidentielles, plus grande fluidité dans le continuum de services et utilisation optimale des lits d’hospitalisation en psychiatrie. + Plus grande concertation entre le RSSS et le milieu scolaire, ce qui favorise le repérage et le dépistage des jeunes qui présentent un trouble mental. – Faible disponibilité des logements autonomes à coût abordable et des mesures de soutien communautaire dans les logements sociaux. – Déploiement de nouvelles ressources d’hébergement limité par la faible capacité financière des établissements et par le manque d’intérêt des promoteurs. – Présence de listes d’attente qui limitent la capacité du RSSS à répondre, en temps opportun, aux besoins des jeunes qui présentent un trouble mental. 	<p>3. Poursuivre les efforts d’information et de sensibilisation auprès de la population par rapport aux préjugés qui persistent envers les personnes qui présentent un trouble mental.</p>
ORIENTATION 2 : ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES ADAPTÉS AUX JEUNES, DE LA NAISSANCE À L’ÂGE ADULTE	
<ul style="list-style-type: none"> + Déploiement progressif, par le MSSS, d’un réseau de services intégrés (Aire ouverte) pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans. + Capacité à diriger des jeunes, en temps opportun, vers les bons services en raison de la présence de mécanismes de détection des problèmes de dépendance et de santé mentale dans leurs milieux de vie. + Mise en place d’un filet de sécurité pour les jeunes en situation de risque suicidaire et réponse adaptée à leurs besoins dans les centres jeunesse. + Par le développement des services PEP, prise en charge précoce des jeunes qui favorise leur rétablissement et diminue leur recours aux services hospitaliers et spécialisés. ± Le pourcentage des places requises dans les services PEP qui ont été développées s’élève à 70 % et le pourcentage des ETC requis qui sont en place s’élève à 70 % également. ± Poursuite des chantiers en cours dans le RSSS pour mieux répondre aux besoins des jeunes (par exemple, trajectoires de services, mécanismes d’accès, services de proximité). – Présence de listes d’attente qui limitent les possibilités de détection rapide des parents à risque et de co-intervention entre les équipes jeunesse, dépendance et santé mentale. – Défi d’appliquer systématiquement le protocole d’intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire en raison de la mobilité du personnel et de la difficulté à maintenir l’expertise. 	<p>4. Développer des liens officiels de collaboration et de soutien entre les différents secteurs du RSSS (services en santé mentale, services en dépendance, services à la jeunesse, services sociaux généraux, activités et services de santé publique, etc.), le réseau de l’éducation ainsi que les secteurs de l’emploi et de la solidarité sociale, dans le but d’assurer aux jeunes, y compris les jeunes adultes, des services diversifiés, accessibles et continus en matière de santé mentale et de bien-être, et ce, pour répondre à leurs multiples besoins.</p>

PRINCIPALES CONSTATATIONS	RECOMMANDATIONS
ORIENTATION 3 : FAVORISER DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION QUI AMÉLIORENT L'EXPÉRIENCE DE SOINS	
<ul style="list-style-type: none"> + Réduction des délais d'accès et meilleure fluidité entre les services spécifiques et spécialisés en raison de la gestion intégrée du continuum de soins et de services. + Meilleure harmonisation entre le milieu communautaire et le RSSS par la mise en place de mécanismes de concertation. + Amélioration du soutien offert aux partenaires et rehaussement de leurs compétences. + Présence d'une offre consolidée de services (par exemple, services d'intervention de crise, services de suivi étroit, mesures de suivi dans la communauté) qui favorisent la mise en place d'un filet de sécurité pour les personnes qui présentent un trouble mental. + Travaux terminés pour la majorité des actions en lien avec les services de psychiatrie légale et en milieu carcéral. – Manque d'harmonisation entre le GASM et le CRDS. – Déploiement limité des activités de concertation et de soutien clinique en raison des indicateurs de reddition de comptes qui mettent l'accent sur le volume d'utilisateurs desservis. – Déploiement limité des mesures de soutien pour les médecins de famille et les pédiatres, et sentiment d'impuissance devant la place grandissante qu'occupent les troubles mentaux dans leur pratique. – Défi d'assurer la présence de spécialistes en activités cliniques selon un ratio adéquat pour qu'ils puissent offrir un bon soutien clinique aux intervenants. – Enjeux par rapport à la formation des intervenants du RSSS et du milieu communautaire en matière de prévention du suicide. – Accès variable aux services de suivi étroit et déploiement qui relève beaucoup de la responsabilité des programmes de santé mentale et de services sociaux généraux. – Présence d'obstacles qui limitent le déploiement d'intervenants pairs aidants dans les services de santé mentale. – Défi lié à l'application du protocole de mise sous garde en raison du nombre d'acteurs impliqués, de la lourdeur administrative et du changement de pratiques. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Reconnaître les efforts des établissements en lien avec le déploiement d'activités de concertation et de soutien clinique en incluant, dans la reddition de comptes, des indicateurs qui tiennent compte de ces interventions faites par les professionnels. 6. Encourager le développement et la promotion de mesures de soutien clinique auprès des médecins de famille et des pédiatres. 7. Mettre en place des conditions d'exercice favorables pour les intervenants pairs aidants dans les services de santé mentale en vue d'uniformiser ce déploiement à l'intérieur du RSSS. 8. Faire un rappel auprès des établissements par rapport aux bonnes pratiques liées aux services de suivi étroit comme l'indique le <i>Guide de soutien au rehaussement des services en prévention du suicide à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux</i>.

❖ VOLET 2 : RÉSULTATS LIÉS À L'APPRÉCIATION DES ITINÉRAIRES ET DE L'EXPÉRIENCE-PATIENT EN SANTÉ MENTALE

Légende de présentation des résultats : (+) Éléments positifs (-) Enjeux à surveiller

PRINCIPALES CONSTATATIONS	RECOMMANDATIONS
<ul style="list-style-type: none"> + Expérience plutôt positive à l'intérieur du continuum de soins et de services, particulièrement pour les usagers qui ont reçu des services dans la communauté (SIM et SIV). - Présence d'enjeux importants en lien avec la continuité des services ainsi qu'avec leur accessibilité. - Sentiment de discrimination et de stigmatisation vécu par certains usagers qui ont consulté à l'urgence ou qui ont été hospitalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Sensibiliser le personnel du RSSS et les partenaires par rapport à la stigmatisation et à la discrimination des personnes qui présentent un trouble mental. 10. Poursuivre les efforts pour que la contribution et l'expertise des organismes communautaires soient davantage reconnues par le RSSS par rapport à la mise en place d'une offre de services de qualité, diversifiée et adaptée aux besoins et aux préférences des usagers. 11. Miser sur l'intégration des soins par étapes dans l'organisation des services en santé mentale, comme le prévoit le PQPTM, en vue d'améliorer l'accès aux soins et aux services.
<p>LA RÉPONSE AUX BESOINS DE L'USAGER</p>	
<ul style="list-style-type: none"> + Bonne qualité des soins et des services reçus, + Les services reçus ont répondu aux besoins des usagers. prodigués par des intervenants compétents. 	
<p>LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE UTILISATRICE DE SERVICES ET DES MEMBRES DE SON ENTOURAGE</p>	
<ul style="list-style-type: none"> + Présence d'occasions, pour les usagers, de participer aux soins et aux services qui leur sont prodigués et de prendre part aux décisions à leur sujet. + Ouverture, chez les intervenants, par rapport à la possibilité de faire participer les membres de l'entourage aux soins et aux services. - Manque de reconnaissance de la capacité des usagers hospitalisés en psychiatrie à prendre des décisions par rapport aux soins et aux services qu'ils reçoivent. 	
<p>LA QUALITÉ DE LA RELATION AVEC LES INTERVENANTS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> + Bonne relation avec les différents intervenants rencontrés, basée sur la courtoisie et le respect. - Relation de confiance, avec les intervenants, plus difficile à établir pour les usagers hospitalisés et pour ceux qui ont un suivi avec un psychiatre. 	
<p>LA CONTINUITÉ DES SERVICES</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information de la part du RSSS par rapport aux services offerts dans les organismes communautaires. - Manque de suivi à la suite d'un séjour en milieu hospitalier. - Inconfort de certains médecins de famille par rapport au suivi des troubles mentaux de leurs patients. - Répétition, par les usagers, de leur histoire médicale auprès des différents intervenants rencontrés. 	
<p>L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Marches à suivre pour accéder aux soins et aux services considérées comme très longues et pénibles, à partir du CLSC. - Difficultés pour accéder au suivi avec un psychiatre. 	
<p>LE RÉTABLISSEMENT DE L'USAGER</p>	
<ul style="list-style-type: none"> + Répercussions positives des services reçus sur la qualité de vie des usagers, puisqu'ils leur ont permis de reprendre le contrôle sur leur maladie et de reprendre leur vie en main. + Forte appréciation des services reçus dans les organismes communautaires, en raison du soutien apporté par rapport à d'autres sphères de la vie des usagers. 	

