



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

Services de santé et médecine universitaire

Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020

Document de consultation

Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020

Document de consultation



**Message du ministre de la Santé et des Services sociaux
et ministre responsable des Aînés**

Au Québec, une personne sur cinq souffrira, au cours de sa vie, d'une maladie mentale. La santé mentale est véritablement une priorité nationale et notre gouvernement a à cœur de mettre en place des actions structurantes dans le but d'améliorer la prévention, les soins et les services offerts dans ce secteur crucial de la santé.

Pour être efficaces, nos actions en santé mentale doivent reposer sur une concertation et une collaboration optimales des différents partenaires et intervenants impliqués dans la prévention et dans la prestation de soins et de services aux clientèles touchées. Le Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 qui se tiendra le 28 janvier prochain est une belle opportunité de préciser les meilleures mesures à mettre en place. Ce Forum sera de plus une occasion de réfléchir aux moyens pour assurer un arrimage optimal avec la première ligne ainsi qu'aux enjeux relatifs à la qualité et à l'accessibilité des soins et services.

Le document de consultation qui vous est soumis aujourd'hui vise à vous aider à vous préparer à ce Forum. Divisé en quatre grandes sections, il évoque les thèmes, les enjeux et les priorités sur lesquels le Ministère compte axer le plan d'action en santé mentale 2014-2020. Il s'agit donc d'un outil précieux qui servira à nourrir les réflexions entourant l'élaboration du nouveau plan d'action et à alimenter les discussions que nous aurons ensemble lors de l'événement.

C'est en travaillant tous ensemble que nous parviendrons à améliorer l'accès aux soins et aux services, et à accompagner plus efficacement les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches dans le processus de rétablissement ainsi que le maintien de leur vie active.

Je vous remercie donc à l'avance de votre précieuse collaboration!

A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'Réjean Hébert'.

Réjean Hébert

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

LA CONSULTATION AUPRÈS DES PRINCIPAUX PARTENAIRES	1
LES PRINCIPES DIRECTEURS	1
Le rétablissement	1
Les soins de collaboration	1
La performance	1
L'amélioration continue.....	2
Introduction et contexte du plan d'action en santé mentale 2014-2020	2
A. Le plein exercice de la citoyenneté	3
Un environnement qui favorise le rétablissement.....	3
La lutte à la stigmatisation et à la discrimination.....	3
La participation des usagers et des proches à la planification, l'organisation et la prestation des services en santé mentale	4
La participation des usagers à la prestation des soins et des services les concernant.....	4
La participation des familles et des proches à la prestation des services.....	5
Les conditions sociales du rétablissement : intervenir sur le contexte de vie	5
Des services résidentiels qui répondent aux besoins des personnes	5
Le soutien des jeunes dans la poursuite de leur cheminement scolaire.....	6
Favoriser l'intégration au milieu de travail et le maintien en emploi	6
B. La détection et l'intervention précoce chez les jeunes	9
L'intervention auprès des tout-petits et des jeunes en difficulté	9
Les jeunes atteints de troubles mentaux sous la responsabilité des centres jeunesse	9
L'intervention adaptée pour les premiers épisodes psychotiques	10
La transition entre les services destinés aux jeunes et ceux pour les adultes	11
C. La gamme de services en santé mentale	13
Les services de première ligne.....	13
Les services de crise et l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui	13
Les services d'urgence hospitalière	14
Le suivi étroit des personnes présentant un risque suicidaire	14
Les services de santé mentale de première ligne en CSSS	15
Les liens entre les services de santé mentale de première ligne et les GMF	15
Les services spécialisés en santé mentale	16
La gestion de l'accès aux services spécialisés de psychiatrie en milieu hospitalier	16
L'optimisation de l'occupation des lits de courte durée en psychiatrie.....	16
La psychiatrie légale	17

Le suivi et le soutien dans la communauté.....	17
Le suivi intensif dans le milieu (SIM).....	17
Le soutien d'intensité variable (SIV).....	18
Le suivi des personnes présentant une comorbidité.....	19
D. Les pratiques organisationnelles et cliniques	21
La supervision et le soutien clinique.....	21
L'apport rehaussé des ressources professionnelles	21
Le recours aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP)	21
Le déploiement de la fonction de professionnel répondant en santé mentale.....	22
Conclusion	24

LA CONSULTATION AUPRÈS DES PRINCIPAUX PARTENAIRES

Depuis l'échéance du PASM 2005-2010, des travaux ont permis de dresser un portrait de la situation et des priorités en santé mentale. Le MSSS a notamment pu compter sur les informations recueillies lors de la tournée régionale réalisée dans le cadre de l'évaluation ministérielle de l'implantation du PASM 2005-2010, de même que sur le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 du Commissaire à la santé et au bien-être, qui s'est penché sur le secteur de la santé mentale. D'autres rapports, consultations et travaux menés par la Direction de la santé mentale du MSSS ainsi que par des partenaires ont également alimenté la réflexion concernant le choix et l'élaboration des prochaines orientations ministérielles en santé mentale.

Ce document de consultation a été élaboré pour les participants et observateurs du Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020, qui aura lieu en janvier 2014. La tenue de ce Forum vise la consultation des partenaires du MSSS sur les principaux thèmes et enjeux pour lesquels des mesures sont envisagées au PASM 2014-2020, de même que sur certaines actions structurantes pour lesquelles des questions ont été formulées au présent document.

Plus spécifiquement, le Forum cible trois objectifs :

- Valider la pertinence des thèmes, enjeux et priorités sur lesquels le MSSS compte insister dans le cadre du PASM 2014-2020;
- Identifier, s'il y a lieu, les thèmes manquants et qu'il conviendrait d'ajouter au PASM 2014-2020;
- Consulter les participants sur des orientations ou des thèmes faisant l'objet de questions à la fin de chacune des sections.

Bien qu'il fasse état des réflexions ministérielles en lien avec l'élaboration du prochain PASM, ce document n'est pas une première version ou une synthèse du PASM 2014-2020. Les informations et commentaires recueillis dans le cadre du Forum sur la santé mentale alimenteront les travaux en cours et seront pris en considération pour la rédaction du PASM 2014-2020, dont la diffusion est prévue pour le printemps 2014.

LES PRINCIPES DIRECTEURS

L'organisation et la prestation des services en santé mentale sont fondées sur les principes directeurs suivants :

Le rétablissement

Le PASM 2014-2020 réaffirme la foi en la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie tout en participant pleinement à la vie sociale. Les soins et les services axés sur le rétablissement diffèrent des services traditionnels du fait que même si l'amélioration des symptômes de la maladie peut jouer un rôle important dans le processus de rétablissement de la personne, sa qualité de vie telle qu'elle la définit en est l'élément central.

Les soins de collaboration

Les soins de collaboration ont pour objectifs d'accroître la capacité du système de santé et d'améliorer l'accès aux soins et services, l'expérience de soins chez les usagers et les prestataires, ainsi que les résultats cliniques. Ils se caractérisent par une communication efficace entre les partenaires, l'accès à l'intervenant indiqué en temps opportun, la coordination des plans de soins et des activités cliniques, la colocation des prestataires de soins, et par l'intégration des activités des prestataires de soins de santé mentale avec celles des prestataires de soins de première ligne.

Les troubles mentaux exercent une influence sur d'autres maladies chroniques, problème de santé ou états, d'où la pertinence de favoriser une intégration des services. Étant donnée la cooccurrence fréquente des troubles mentaux et des dépendances, de même que leur influence mutuelle, ces deux problèmes de santé doivent être abordés conjointement. Dans cette optique, il importe de briser les cloisons entre les programmes-services et de favoriser les pratiques collaboratives.

La performance

Le prochain PASM établit l'exigence constante, pour tous les paliers de gestion et organisations qui offrent ou administrent des services en santé mentale, de rencontrer les meilleurs standards au regard de l'ensemble des dimensions de la performance selon le cadre ministériel. Une telle progression passe d'abord par l'instauration d'une véritable culture de la mesure et de l'évaluation des services.

L'amélioration continue

L'amélioration continue consiste à mettre en évidence, systématiquement et de façon itérative, ses forces et faiblesses, à gérer méthodiquement les révisions de processus qui s'imposent, à mettre en place et à maintenir les actions requises afin d'améliorer la qualité des services et à mieux rencontrer les besoins de la clientèle de notre service, secteur ou organisation.

INTRODUCTION ET CONTEXTE DU PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2014-2020

La prévalence annuelle moyenne des troubles mentaux diagnostiqués pour la population québécoise était de 12 % entre 1999 et 2010, dont 7,5 % pour les troubles anxio-dépressifs et 0,4 % pour les troubles schizophréniques¹. Les données d'enquêtes récentes établissent qu'au Québec comme au Canada, 20 % de la population serait atteinte de troubles mentaux. Moins de la moitié des personnes souffrant d'une maladie mentale consulte pour ces problèmes de santé².

La maladie mentale entraîne de lourdes conséquences pour les personnes atteintes et leurs proches. Elle se traduit également par des coûts directs attribuables aux soins et aux services, aux mesures de soutien social ou aux mesures judiciaires pour les personnes touchées, de même qu'en coûts indirects liés à l'impact de la maladie sur la productivité économique des personnes atteintes et de leurs proches. De plus, la maladie mentale entraîne des coûts intangibles qui témoignent de son impact sur l'espérance et la qualité de vie des personnes. Les troubles mentaux et du comportement (TMC) sont responsables de près de 12 % du fardeau en années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) de l'ensemble des maladies au Québec, soit une proportion deux fois plus grande que celle de la dépense en santé qu'on leur consacre.

Le PASM 2005-2010 a introduit de nombreux changements et avancements dont l'intégration de l'approche du rétablissement dans les soins et les services, le développement de services de première ligne en santé mentale ainsi que la mise en place de suivi et de soutien en communauté. Tout comme le plan d'action précédent, le PASM 2014-2020 prend appui sur les grandes orientations et priorités ministérielles, dont l'amélioration de l'accès aux services de première ligne par le développement des GMF. À cet effet, la délocalisation clinique de ressources professionnelles vers les GMF est identifiée comme une avenue permettant d'améliorer le soutien aux omnipraticiens, puisque ces derniers sont les professionnels qui prodiguent le plus de soins et de services de santé mentale en première ligne.

Avec le PASM 2014-2020, le MSSS entend proposer des actions facilitant la consolidation des changements amorcés tout en favorisant l'amélioration des pratiques, des capacités et de l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches. L'organisation et la prestation des services dans le secteur de la santé mentale doivent être axées sur le soutien de la personne atteinte dans son processus de rétablissement, le maintien de sa vie active et l'actualisation de ses rôles sociaux. Pour ce faire, les actions et interventions doivent se réaliser dans un esprit de collaboration et de concertation entre les différents partenaires. Dans un contexte de ressources limitées, les mesures les plus efficaces, efficaces et prometteuses quant à leur rapport coûts-bénéfices et aux résultats atteints seront favorisées.

Le présent document est composé de quatre sections :

- A. Le plein exercice de la citoyenneté
- B. La détection et l'intervention précoce chez les jeunes
- C. La gamme de services en santé mentale
- D. Les pratiques organisationnelles et cliniques

1. LESAGE, A. ET V. ÉMOND (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Institut national de santé publique du Québec, *Surveillance des maladies chroniques*, 6, 16p.

2. Institut de la statistique du Québec (ISQ) : Lesage, A., Bernèche, F., Borgeau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p. ISBN 978-2-550-58712-5 (PDF).

A. LE PLEIN EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ

Selon l'OMS, les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux sont composés de facteurs individuels (maîtrise de la pensée, des émotions, des comportements, de ses relations avec les autres) et de facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et politiques sur lesquels les politiques sociales et le soutien offert en communauté peuvent exercer une influence³.

La présente section regroupe les thèmes et enjeux directement liés à la mise en place et au maintien de conditions permettant à l'usager de services en santé mentale d'exercer pleinement sa citoyenneté. Par « plein exercice de la citoyenneté », le MSSS fait référence à la dimension sociale de la citoyenneté, « (...) enracinée dans un sentiment d'appartenance partagé par des individus qui sont à la fois sujets de droits et de libertés et acteurs sociaux porteurs de responsabilités. Cette citoyenneté reconnaît les différences tout en valorisant des valeurs communes. Elle met l'accent sur la participation de tous au développement de la collectivité »⁴.

À cet effet, les organismes communautaires en santé mentale jouent depuis plusieurs décennies un rôle central au Québec. Ils participent entre autres à l'amélioration de la qualité de vie et de l'intégration sociale des usagers, à la mise en place d'une offre de services diversifiée et adaptée, à la prise en compte du savoir expérientiel et au respect des droits des personnes atteintes de troubles mentaux et de leurs proches. Ainsi, les objectifs de cette section et des suivantes ne pourraient être atteints sans la collaboration et l'expertise de ces partenaires.

Cette section comporte deux grandes parties : *Un environnement qui favorise le rétablissement* et *Les conditions sociales du rétablissement : intervenir sur le contexte de vie*.

Un environnement qui favorise le rétablissement

Le plein exercice de la citoyenneté est fortement influencé par la capacité d'actualiser ses droits et ses rôles sociaux. Encore aujourd'hui, des préjugés, de la discrimination et de la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles mentaux persistent dans toutes les sphères de la société. Cet environnement défavorable nuit à plusieurs égards au rétablissement et à la participation des personnes atteintes, notamment aux plans du respect des droits dans le réseau de la santé et des services sociaux et de l'accès aux soins et aux services appropriés.

La lutte à la stigmatisation et à la discrimination

Le réseau de la santé et des services sociaux est le reflet de la société qui l'a mis en place et le compose. En raison de conceptions historiques et de préjugés tenaces, des utilisateurs de services en santé mentale vivent encore aujourd'hui de la stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce qui peut se traduire par de la discrimination, des contraintes d'accès, une détérioration de l'état de santé de la personne ainsi qu'une réticence à recevoir des services ou à demander de l'aide dans le futur⁵. De plus, certaines personnes subissent une double stigmatisation ou des obstacles additionnels dans leur parcours de soins et de services (personnes toxicomanes, personnes en situation d'itinérance, populations autochtones, personnes immigrantes et réfugiées, personnes appartenant à une minorité visible, linguistique ou sexuelle, etc.).

La stigmatisation liée à la maladie mentale interfère avec l'interprétation ou l'application de certains droits comme le droit à l'accompagnement ou au consentement⁶. Bien qu'en partenariat avec des organismes communautaires en santé mentale, de nombreux outils aient été développés pour informer les usagers, leur entourage et les intervenants, il semble que les droits soient encore méconnus ou mal interprétés. Dans l'exercice de ces droits, des tensions peuvent se manifester entre le respect de l'autonomie et du libre arbitre de la personne et la gestion du risque.

3. OMS (2013), Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020

4. MSSS (2004), *Banque de document de références relatives à la santé mentale*, Gouvernement du Québec, p. 8

5. CSBE (2013), *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012

6. CSBE (2010), *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé*, Consultation et analyse, Gouvernement du Québec

Au cours des dernières années, une campagne d'information et de sensibilisation ciblant la dépression a été déployée par le MSSS et des projets locaux de lutte à la stigmatisation ont été soutenus par des ASSS et des CSSS en collaboration avec le milieu communautaire. Tel que mentionné à l'évaluation de l'implantation du PASM 2005-2010 réalisée par le MSSS⁷, les études évaluatives démontrent que la campagne nationale s'est traduite par des changements de perceptions dans la population. Toutefois, tel que démontré par la recherche et les travaux du Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), les changements d'attitudes et de comportements nécessitent des actions qui touchent les gens dans leur milieu de vie⁸. Dans un souci d'efficacité et d'efficience, il convient d'associer les campagnes d'information à des activités qui misent sur les stratégies de « contact direct » avec des personnes atteintes de maladies mentales en priorisant le réseau de la santé et des services sociaux⁹. À cet effet, le MSSS est d'avis que l'intégration de pairs aidants constitue une mesure qui participe grandement à un changement de perceptions et d'attitudes chez les intervenants du réseau et les usagers de services en santé mentale.

La participation des usagers et des proches à la planification, l'organisation et la prestation des services en santé mentale

La participation des usagers et de représentants des familles et des proches à la planification et à l'organisation des services les concernant est perçue par le MSSS comme une mesure déterminante pour l'adéquation des services. Depuis la diffusion du PASM 2005-2010, la participation des usagers dans différents comités et structures de concertation locales et régionales s'est accrue. Des regroupements de personnes utilisatrices ont été créés dans certaines régions et ont joué un rôle important dans leur dynamique de participation¹⁰. Toutefois, il appert que des lieux de participation pourraient être davantage mis à profit, que la participation des usagers ne constitue pas toujours une opportunité réelle d'influence décisionnelle et qu'elle varie grandement d'une région à l'autre. De plus, la participation des usagers et l'évaluation de cette participation ont souffert du manque de précisions relatives à l'application de la mesure et de l'absence de processus de reddition de comptes¹¹.

En outre, le degré de satisfaction relatif à la participation de représentants des familles et des proches à la planification et à l'organisation des services est également variable selon les régions. Dans plusieurs cas, la pertinence de l'implication de représentants des familles et des proches reste à défendre¹².

La participation des usagers à la prestation des soins et des services les concernant

L'appropriation du principe de rétablissement par les usagers et les proches, puis par les gestionnaires, les intervenants et les partenaires a une grande influence sur le degré de participation de l'utilisateur aux services et aux soins le concernant. Cette approche adoptée par de nombreux pays met notamment l'accent sur l'autodétermination et l'autogestion.

Soutenir l'implantation d'une culture, de soins et de services axés sur le rétablissement dans le réseau de la santé et des services sociaux implique de promouvoir dans tous les paliers de gestion une compréhension partagée de ce principe et de s'attarder à la relation entre les intervenants et les usagers. Comme le processus de rétablissement se nourrit grandement d'espoir, la personne doit être soutenue dans le renforcement de ses aptitudes et la réalisation des objectifs qu'elle s'est fixés. Cette approche ne met pas de côté l'avis professionnel, mais sensibilise plutôt ces derniers aux risques de sous-estimer le potentiel des personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, les intervenants ont comme rôle de les encourager à profiter des opportunités de changement et de croissance, à prendre conscience de leurs responsabilités et des risques qu'elles sont prêtes à prendre¹³. À cet effet, une attention particulière doit être mise

7. MSSS (2012), Évaluation de l'implantation, La force des liens, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

8. CSBE (2012), Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, Québec, Gouvernement du Québec

9. CSBE (2012), Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec, Québec, Gouvernement du Québec

10. MSSS (2012), Évaluation de l'implantation, La force des liens, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

11. Clément, Rodríguez, Gagné, Lévesque, Vallée, (2012), ARUC-Santé mentale et citoyenneté, État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au plan d'action en santé mentale 2005-2010, Rapport de recherche

12. MSSS (2012), Évaluation de l'implantation, La force des liens, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

13. Shepherd, Boardman&Slade (2012), Faire du rétablissement une réalité, Center for Mental Health, Édition québécoise,

au développement, à l'amélioration et au maintien de soins et de services axés sur le rétablissement, notamment par l'évaluation et le suivi de l'implantation de cette approche dans les services.

La participation des familles et des proches à la prestation des services

Les proches aidants exercent un rôle important dans le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux, tant auprès de la personne atteinte que de l'équipe soignante. L'implication et la participation des proches dans la prestation des services doivent être promues et favorisées. Pour ce faire, l'appropriation par les intervenants, les proches et les personnes atteintes de troubles mentaux, d'une compréhension commune du rôle, des responsabilités et de l'application de certains droits tels que la confidentialité, peut être facilitante.

De plus, l'étendue des besoins des proches de personnes atteintes de troubles mentaux, que ce soit en termes d'écoute, d'information, d'outils, de répit ou de réseautage est grande. Plusieurs recherches confirment le haut niveau de détresse et de souffrance fréquemment vécu par les membres de l'entourage. Ces derniers doivent donc être informés des ressources existantes et référés aux organismes pouvant les soutenir adéquatement.

Les conditions sociales du rétablissement : intervenir sur le contexte de vie

Plusieurs facteurs exercent une influence sur la santé mentale des individus et nécessitent la mise en place de stratégies globales et d'actions qui mobilisent l'ensemble ou plusieurs des missions gouvernementales. Le contexte dans lequel évoluent les personnes atteintes de troubles mentaux est un levier important dans le processus de rétablissement. Toutefois, des défis demeurent et font obstacle à la réalisation d'actions intersectorielles. Celles-ci demandent des efforts d'arrimage de même que le développement d'objectifs et d'un langage communs chez les différents partenaires, notamment dans les secteurs du logement et de l'hébergement, des études et du travail.

Des services résidentiels qui répondent aux besoins des personnes

Le logement est un élément fondamental du processus de rétablissement et de la participation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Ces personnes ont des besoins diversifiés, ce qui nécessite le développement et le maintien de plusieurs types de services résidentiels. Le travail en partenariat pour la mise en place d'une offre de services résidentiels adéquate est un levier important, tant pour les personnes et les communautés que du point de vue des ressources publiques.

Le PASM 2005-2010 incitait les régions à la réorganisation de leurs ressources résidentielles afin d'assurer une offre de services diversifiée et adéquate, tout en favorisant le logement autonome avec soutien dans la communauté. Cette formule où la résidence, les soins et les services sont abordés de façon distincte se démarque par son impact positif sur la qualité de vie des personnes qui en bénéficient. En effet, l'appartement autonome est habituellement perçu par les utilisateurs de services en santé mentale « comme la normalité résidentielle, l'idéal à atteindre ou à conserver »¹⁴.

Plusieurs défis freinent l'intégration de personnes habitant en ressources non institutionnelles (RNI) dans des logements autonomes, dont la précarité financière, la rareté des logements salubres et abordables et la stigmatisation envers les personnes atteintes de maladies mentales. À cet effet, la formule du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif est une avenue prometteuse s'il est accompagné de la forme appropriée de soutien en communauté (suivi intensif dans le milieu (SIM) ou soutien d'intensité variable (SIV))¹⁵. L'attribution d'un PSL permet à des ménages d'habiter un logement en payant un loyer correspondant à 25 % de leur revenu et favorise la mixité et l'inclusion sociale. De plus, les coûts engendrés par un logement subventionné couplé d'un soutien en communauté sont significativement inférieurs aux coûts reliés à l'hébergement en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial (RV/RTF).

14. Vincent et Morin, Le logement subventionné, Dans le cadre du programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif avec suivi en communauté, Coalition pour le développement du logement social en santé mentale de Québec, 2010, p. 5

15. Le PSL est un programme qui relève de la Société d'habitation du Québec (SHQ) s'adresse aux partenaires (coopératives d'habitation, organismes sans but lucratif, propriétaires privés) souhaitant offrir des logements subventionnés destinés à des ménages à faible revenu.

Le soutien des jeunes dans la poursuite de leur cheminement scolaire

Les troubles mentaux représentent la première cause d'hospitalisation chez les 14 à 25 ans. Les maladies mentales les plus fréquentes chez les étudiants sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. La schizophrénie est toutefois l'affection la plus incapacitante et est souvent associée à une dépendance¹⁶. La santé et le bien-être représentent des facteurs de protection pour la réussite éducative. De plus, la scolarisation constitue un important déterminant de la santé.

À ce sujet, l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (Entente MSSS-MELS) cible la complémentarité et la continuité des services offerts pour les jeunes des niveaux primaire et secondaire. Le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés seront facilités par la diffusion d'un cadre de référence qui répond plus spécifiquement aux besoins des jeunes éprouvant des difficultés ou des déficiences en clarifiant le cheminement du jeune entre les deux réseaux en prenant en considération ses besoins spécifiques.

D'autres travaux réalisés au cours des dernières années sur la santé mentale des étudiants et l'accès aux études postsecondaires font état de la nécessité de travailler en collaboration et en concertation pour la mise en place de mécanismes et de trajectoires de services. Depuis une dizaine d'années, le nombre d'étudiants de niveau postsecondaire bénéficiant d'accommodements en raison d'un trouble mental, d'un trouble d'apprentissage (TA) ou d'un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est en augmentation. L'émergence de cette population entraîne des problèmes d'accès aux professionnels habilités à évaluer ces conditions. Cette situation retarde la mise en place d'accommodements dans les établissements d'enseignement, ce qui compromet la réussite éducative des étudiants concernés. À cet effet, les partenariats entre les établissements d'enseignement postsecondaire et les CSSS sont essentiels à l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services pour la mise en place d'un contexte favorable à la santé, au bien-être et à la réussite éducative¹⁷.

Favoriser l'intégration au milieu de travail et le maintien en emploi

Le travail exerce également une grande influence sur la santé, la qualité de vie et le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux. Au cours des dernières années, le MSSS a collaboré avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) à des travaux visant l'insertion, le maintien en emploi et la réduction des barrières financières. Le PASM 2005-2010 a introduit des mesures concernant le soutien à l'intégration au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Toutefois, les cibles fixées en ce domaine ont rarement été atteintes.

Malgré la diminution du nombre de personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi entre les années 2008 et 2012, le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ou de trouble envahissant du développement (TED) chez ces prestataires a significativement augmenté, autant en nombre qu'en proportion. Bien que le Québec se soit doté d'une stratégie pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées¹⁸, ces personnes sont encore défavorisées et connaissent de la discrimination en emploi.

À ce sujet, l'accompagnement individuel d'un intervenant provenant d'une ressource du secteur de l'emploi, à la fois à l'égard des ressources liées au travail et des contraintes des employeurs, et en lien étroit avec les équipes et les services de suivi et de soutien en communauté, apparaît comme une formule prometteuse.

De plus, les travaux de réflexion du Groupe provincial d'experts sur l'intégration au travail en santé mentale (GPEITSM) ont donné lieu à un rapport¹⁹ faisant état d'un déficit d'arrimage entre les organisations et les organismes actifs dans les régions, du peu de mobilité des usagers dans l'ensemble du parcours de l'intégration au travail, du manque de formation et de connaissances des intervenants et de l'absence de données probantes concernant l'effet de la réadaptation psychosociale par le travail sur le rétablissement des personnes. Depuis, un chantier de travail réunissant les acteurs concernés par la réadaptation psychosociale par le travail a été créé. Ce chantier œuvre à

16. Fédération des cégeps (2010), *Portrait de santé des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans*, Montréal

17. MELS (2010), *Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec*, Gouvernement du Québec

18. http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/strategie_nationale/

19. http://www.robsm.org/fichiers/Travail/gpeitsm_constat.pdf

l'évaluation des services et des pratiques actuelles quant à leur effet sur le rétablissement des personnes, leur intégration et leur maintien dans la communauté, ainsi que sur leur parcours vers l'emploi.

Dans une perspective plus globale, il convient de rappeler que selon les prévisions d'Emploi-Québec pour 2012-2021, près de 1,4 million d'emplois seront à combler au Québec d'ici l'année 2021, principalement en raison de départs massifs à la retraite. Les possibilités d'emploi seront grandes pour les jeunes ainsi que pour les moins jeunes souhaitant rester actifs sur le marché du travail. Certains secteurs d'emploi et des régions pourraient connaître une pénurie de main-d'œuvre²⁰. Conséquemment, la santé mentale au travail requiert une attention particulière. Un des grands défis des politiques de santé mentale et de l'emploi est de soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux et occupant un emploi afin qu'elles le conservent et demeurent productives. Ces défis demandent à la fois des actions de suivi, de gestion de la maladie, et une mobilisation des entreprises et des employeurs pour offrir des conditions de travail et une gestion des employés favorisant la santé mentale²¹. À cet égard, en tant qu'employeur de plus de 265 000 personnes au Québec, le réseau de la santé et des services sociaux se doit de donner l'exemple.

Au regard de la section Le plein exercice de la citoyenneté, êtes-vous d'avis que :

- Les thèmes et enjeux abordés traduisent les réalités rencontrées?
- Des particularités complémentaires devraient être énoncées?
- Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?

20. EMPLOI-QUÉBEC (2012), Le marché du travail au Québec, Perspectives à long terme 2012-2021

21. OCDE (2012), Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi

B. LA DÉTECTION ET L'INTERVENTION PRÉCOCE CHEZ LES JEUNES

Chez les jeunes, les troubles mentaux sont souvent confondus avec les comportements perturbateurs normaux des enfants et des adolescents, ce qui retarde l'accès à un traitement adéquat. Les troubles mentaux risquent alors de devenir chroniques, d'affecter le rendement scolaire et professionnel, de mener à des difficultés personnelles et familiales, d'entraîner d'autres maladies et de réduire l'espérance de vie. Le poids économique des troubles mentaux chez les jeunes est énorme et s'amplifie lorsque la stigmatisation et la discrimination sont prises en considération.

Il est démontré que 50 % des pathologies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 70 % avant l'atteinte de l'âge adulte²². Cette période est également celle des premières expériences de consommation d'alcool et de drogues et de l'adoption de comportement à risque. À cet effet, le milieu familial et l'école constituent des lieux privilégiés pour la détection précoce des troubles mentaux et des dépendances. Une réponse adéquate aux besoins des personnes de même qu'un réseau performant de soins et de services en santé mentale exigent l'investissement d'efforts et de ressources pour la détection et l'intervention précoce. À cet effet, des mesures visant le développement et l'amélioration des pratiques destinées aux jeunes seront présentées au PASM 2014-2020.

Cette section regroupe les enjeux liés à l'intervention auprès des tout-petits, les jeunes atteints de troubles mentaux sous la responsabilité des centres jeunesse, les premiers épisodes psychotiques et la transition entre les services destinés aux jeunes et ceux aux adultes. Pour chacun des thèmes abordés dans cette section, on insiste sur l'importance d'une réponse adaptée aux besoins des jeunes et à ceux de leur réseau afin de minimiser l'impact de la maladie mentale, de limiter la chronicité et le développement des incapacités.

L'intervention auprès des tout-petits et des jeunes en difficulté

Il est démontré que les interventions préventives en périnatalité et en petite enfance ainsi que les programmes universels de promotion des compétences sociales et émotionnelles offerts en milieu scolaire sont rentables et efficaces. Les acquis moteurs, cognitifs, sociaux ou affectifs chez les enfants sont interreliés et soutenus par le développement neurobiologique qui se déroule selon des stades bien précis. Les premières années de vie sont caractérisées par de nombreux apprentissages et une grande vulnérabilité. L'exposition à l'adversité est reconnue comme un déterminant évitable de la santé mentale et des troubles mentaux qui favorise l'adoption de comportements liés aux principales causes de handicaps, de problèmes psychosociaux et médicaux, et parfois de mortalité chez l'adulte.

Veiller au développement optimal des enfants les plus vulnérables demande un travail de collaboration auprès des tout-petits, de leurs parents et de leur réseau. À cet effet, la collaboration des équipes de santé mentale de première ligne, des intervenants des équipes de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, des jeunes en difficulté (JED) et d'autres programmes et partenaires travaillant auprès des enfants les plus à risque sont déterminants.

Les jeunes atteints de troubles mentaux sous la responsabilité des centres jeunesse

Chaque année, les centres jeunesse (CJ) viennent en aide à plus de 100 000 jeunes, à leurs familles et leur entourage. Tel que mentionné au rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse²³ déposé en 2007, 45 % des jeunes sous la responsabilité des CJ ont un diagnostic ou une impression diagnostique de trouble mental inscrit à leur dossier, le plus fréquent étant le TDAH. Depuis la diffusion du PASM 2005-2010, des équipes de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en prévention du suicide ont été implantées dans toutes les régions. Des travaux sont toujours en cours afin d'actualiser les recommandations du comité de travail portant notamment sur la mise à jour du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse* et l'acquisition par le personnel des CJ de compétences relatives aux meilleures pratiques en matière de réadaptation pour cette clientèle.

22. Kessler RC, Berglund P, et al (2005), Arch Gen Psychiatry, Jun;62(6):593-602. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.

23. <http://msssa4.mssa.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8ab0a15c8171a2aa852573640045a3fa?OpenDocument>

Une proportion importante des enfants sous la responsabilité des CJ a un ou des parents présentant un trouble mental. À titre illustratif, une enquête réalisée en 2007 auprès d'intervenants d'un centre jeunesse de Montréal révélait que 39 % des enfants sous leur responsabilité avaient au moins un parent atteint d'un trouble mental. Spécifiquement, 48 % de ces mères et 30 % de ces pères atteints d'au moins un trouble mental présentaient un trouble de la personnalité, majoritairement un trouble de la personnalité limite²⁴. Ce constat met en évidence l'importance de soutenir les intervenants dans l'acquisition de compétences relatives à l'intervention auprès de ces parents atteints et aux meilleures façons de venir en aide à ces enfants.

Par ailleurs, les programmes de formation aux habiletés parentales pour prévenir les troubles de conduite qui visent les parents d'enfants à risque de développer ce type de trouble, ou ceux qui l'ont déjà développé sont reconnus pour leur efficacité. Pour ces raisons, il est pertinent de se pencher sur la complémentarité des services de santé mentale des CSSS et des services de protection de l'enfance pour le soutien des adultes dans leur rôle parental et le soutien des centres jeunesse dans le meilleur intérêt des enfants et des familles.

L'intervention adaptée pour les premiers épisodes psychotiques

La psychose correspond à une perte de contact avec la réalité et peut être le symptôme de différents troubles mentaux ou autres problèmes de santé. Elle entraîne une perturbation de la perception, des hallucinations, le délire, l'adhésion à des croyances irrationnelles ou la désorganisation de la pensée. Les personnes le plus à risque de développer une psychose sont les jeunes hommes de 15 à 30 ans et les jeunes femmes de 18 à 35 ans. De 4 % à 5 %, des jeunes vivront un épisode psychotique au cours de leur vie²⁵.

Les premières années d'un épisode psychotique sont déterminantes sur le plan des dommages cognitifs, des problèmes sociaux et des démêlés avec la justice. Une psychose non traitée entraîne l'accroissement des risques de surconsommation d'alcool ou de drogues, de détresse familiale, de dépression et de suicide. En effet, 10 % des personnes atteintes de psychose mettent fin à leur jour et les deux tiers de ces décès surviennent au cours des cinq années qui suivent le déclenchement du premier épisode psychotique²⁶. Une identification précoce de la psychose maximise les chances de maintien d'une vie active et satisfaisante pour la personne atteinte.

Des études suggèrent que l'implantation de programmes pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) peut réduire les hospitalisations à un point tel que le coût net pour le réseau soit inchangé ou même inférieur²⁷. Les équipes pour premiers épisodes psychotiques sont multidisciplinaires et interviennent dans le milieu de vie des personnes. L'intervention individualisée est modulée en fonction du stade de la psychose (aiguë, début de rétablissement, rétablissement plus avancé). Au Québec, on compte en 2013 une quinzaine de cliniques pour jeunes psychotiques affiliées à l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP). Étant donné l'impact de la psychose dans la vie des personnes atteintes et de leurs proches de même que pour la société, il apparaît qu'à l'instar d'autres systèmes de santé comme celui de l'Ontario, davantage d'emphasis devrait être mise sur la détection précoce et la référence des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique vers les ressources appropriées. La diffusion de balises permettra l'harmonisation de l'organisation des services, des pratiques cliniques de même que l'arrimage avec les différents partenaires du milieu.

24. LISE LAPORTE (2007), Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de la personnalité limite, *Santé mentale au Québec*, XXXII, 2, 97-114, <http://www.erudit.org/revue/smq/2007/v32/n2/017799ar.pdf>

25. <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose> (consulté le 10-10-13)

26. MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TEAM CARE, ONTARIO (2011), Normes du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose

27. MCCRONE P, CRAIG TK, POWER P, GARETY PA. (2010). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 377-82

C. LA GAMME DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Le PASM 2005-2010 a entraîné une réorganisation des services en santé mentale qui s'est inscrite dans le mouvement de la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux, fondée sur les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Avec le prochain plan d'action, le MSSS vise l'amélioration de la performance des services en santé mentale, tant en termes d'accessibilité, de continuité, que d'efficience et d'efficacité.

Cette section regroupe quatre thèmes : les services de première ligne, les services spécialisés, le suivi et le soutien en communauté ainsi que le suivi des personnes présentant une comorbidité. Bien que ces trois thématiques soient ici présentées de façon distincte, les problèmes rencontrés dans chacun de ces secteurs sont souvent interreliés et doivent être considérés dans une perspective globale.

Les services de première ligne

L'importance des services de première ligne pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé et de la réponse aux besoins de la population n'est plus à démontrer. Le traitement de la maladie mentale dans les services de première ligne est reconnu comme étant aussi efficace, sinon plus, que le suivi par les services spécialisés²⁸. Le PASM 2005-2010 a amorcé un virage important en énonçant comme objectif que 70 % des usagers en santé mentale soient évalués, traités et suivis par les services de première ligne. Ce virage comportait de nombreux défis, dont la redéfinition des responsabilités de chacun au sein d'un système hiérarchisé, le développement d'une culture de la première ligne et l'instauration de pratiques collaboratives entre les lignes de services, les programmes et les partenaires. Les principales thématiques retenues relatives à la première ligne pour la présente consultation sont les services de crise et l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui, les services d'urgence hospitalière, les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS et les liens entre les services de santé mentale de première ligne et les GMF.

Les services de crise et l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui

Les services de crise visent une réponse rapide et personnalisée pour une réduction de l'impact de la crise, une stabilisation de l'état de la personne et une liaison avec les ressources et les services pertinents. Dans plusieurs régions, la gamme des services de crise est incomplète, notamment en ce qui a trait à l'intervention dans le milieu et aux ressources d'hébergement.

L'intervention de crise dans le milieu 24/7 fait partie de l'offre de services sociaux généraux. Ce service s'adresse à « toute personne de la population générale qui est en situation de crise et pour laquelle une intervention dans le milieu est jugée nécessaire par le service de l'AAOR, le service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social) ou par un partenaire du milieu qui a une entente à cet effet avec le CSSS. »²⁹. Des travaux concernant la responsabilité en lien avec les services complémentaires à l'intervention de crise dans le milieu 24/7 (suivi de crise de courte durée, le suivi étroit, l'arrimage avec l'intervention de crise auprès des personnes suivies par les services spécifiques, etc.) sont prévus³⁰.

28. OMS (2001), Rapport sur la santé dans le monde 2001-La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève

29. MSSS, Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Gouvernement du Québec, 2013, p. 33

30. Idem, p. 17

Il arrive que pour assurer la sécurité des personnes en crise et de leur entourage, des mesures exceptionnelles doivent être enclenchées. À cet effet, l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001) a récemment fait l'objet de deux rapports d'enquête publiés par le Protecteur du citoyen³¹ et le MSSS³². Ces enquêtes ont démontré la présence d'écarts entre les dispositions de cette loi, notamment quant aux droits à respecter et à la manière dont elles sont mises en œuvre. Pour remédier à ces lacunes, les deux rapports ont recommandé que le ministre de la Santé et des Services sociaux, chargé de l'application de la Loi, définisse des orientations de manière à guider les intervenants et les responsables des établissements du réseau de la santé et des services sociaux quant à l'application de ses dispositions. Les travaux nécessaires à la diffusion et l'implantation d'orientations ministérielles en matière d'application de la Loi seront menés à terme au cours de la période couverte par le prochain PASM.

Les services d'urgence hospitalière

Le nombre de personnes consultant dans les services d'urgence en raison d'un trouble mental est en croissance (augmentation de 6,8 % pour l'année 2012-2013 en comparaison de l'année 2011-2012) et leur durée moyenne de séjour (DMS) sur civière est plus longue que pour celles atteintes d'un problème de santé physique. En effet, pour l'année 2012-2013, la DMS sur civière pour la clientèle en santé mentale est de 24,4 heures alors que la moyenne générale est de 17,5 heures. Le pourcentage de séjour de plus de 48 heures était de 13,1 % pour cette clientèle alors que le pourcentage toutes clientèles confondues était de 6,7 %³³. Ces constats s'expliquent de plusieurs façons, notamment par des contraintes d'accès aux services, au suivi et au soutien en communauté.

Des facteurs organisationnels internes peuvent aussi influencer la trajectoire des personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements. De plus, il appert que des pratiques cliniques inadéquates, tant pour la santé des personnes que pour la performance du continuum de services, persistent dans certains établissements. À cet effet, l'accompagnement soutenu d'établissements par le MSSS peut parfois s'avérer nécessaire pour l'identification des obstacles et des solutions de même que pour soutenir le développement et le maintien de pratiques qui favorisent une réponse efficiente et adéquate aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux.

Le suivi étroit des personnes présentant un risque suicidaire

L'évaluation de l'implantation du PASM 2005-2010 démontre que globalement, la prise en charge de la prévention du suicide s'est améliorée au Québec, notamment par la mise en place de partenariats entre les milieux et de baisses concernant le suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide³⁴.

La personne suicidaire admise en milieu hospitalier est sujette à commettre ou à répéter un geste suicidaire au cours des jours suivant son admission. Ce risque est particulièrement élevé dans les premiers jours de congé de l'hôpital et perdure jusqu'à trois mois après son obtention. Conséquemment, ces personnes doivent bénéficier d'un suivi étroit.

Le suivi étroit est une mesure³⁵ visant à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de passage à l'acte et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex. : hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive³⁶. Comme cette vulnérabilité s'observe également chez les personnes qui ont été en danger grave de passage à l'acte et dont la crise a été gérée dans un lieu autre que les services d'urgence ou le centre hospitalier (ex. : centre de crise, clinique médicale, GMF ou organisme communautaire en santé mentale), le suivi étroit doit aussi être offert à ces personnes.³⁷

31. http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf

32. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2010/10-014-08.pdf>

33. Portail quinquennal (2008-2009 à 2012-2013) de la situation dans les unités d'urgence. Répartition selon différents groupes. Périodes 1 à 13.

34. MSSS (2012), *Évaluation de l'implantation, La force des liens*, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

35. Cette mesure est balisée dans le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS* (MSSS 2010), p. 29 à 33

36. MSSS (2010), *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*

37. Comme mentionné antérieurement, des travaux viendront préciser la responsabilité des services sociaux généraux à l'égard des services complémentaires à l'intervention de crise dans le milieu, notamment le suivi de crise et le suivi étroit.

Certaines pratiques sont à privilégier auprès de populations vulnérables, dont les populations autochtones. En effet, il est statistiquement démontré qu'une personne autochtone est de deux à trois fois plus vulnérable au suicide qu'une personne non autochtone. Les interventions doivent être culturellement adaptées³⁸. À cet effet, un projet d'adaptation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et de la formation des intervenants pour les communautés autochtones non conventionnées est en cours. Ce projet est sous la responsabilité de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPANQL) et réalisé en étroite collaboration avec le CSSS-IUGS.

Les services de santé mentale de première ligne en CSSS

Toutes les régions ont mis en place des équipes de première ligne en santé mentale pour l'évaluation et le traitement des enfants, des jeunes et des adultes présentant des troubles mentaux. Ces équipes assurent l'accès à des soins et des services à l'intérieur du RLS et veillent à la continuité des services, notamment en faisant le lien avec les services spécialisés. Le guichet d'accès en santé mentale (GASM) constitue la porte d'entrée aux services de santé mentale de première et de deuxième ligne pour les territoires de 50 000 habitants et plus. Les gestionnaires et les intervenants en CSSS bénéficient du soutien du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour l'implantation et l'amélioration continue des pratiques telles que décrites dans les *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*.

Les résultats de l'opération d'inventaire du MSSS 2011-2012, démontrent que les services de santé mentale de première ligne pour les jeunes sont offerts par un peu plus de 82 % des effectifs requis. En termes de jeunes rejoints, ces services desservent un peu moins de 50 % du volume requis. Les partenaires nationaux du MSSS font état de délais importants dans l'accès, dans les collaborations interprogrammes, de trajectoires de services complexes et d'obstacles à la collaboration entre les spécialistes. Ces difficultés s'expliquent non seulement par le sous-développement des équipes, mais aussi par l'instabilité et l'inexpérience de certaines d'entre elles³⁹.

Pour ce qui est des services aux adultes, l'opération d'inventaire 2011-2012 démontre que les services de première ligne sont offerts par près de 60 % des effectifs requis et atteignent un volume de services correspondant à environ 45 % du niveau requis. Ici, les partenaires nationaux relèvent des difficultés aux plans de l'accessibilité, de l'organisation des services, de l'implantation d'une culture de la première ligne et de la main-d'œuvre. Ils notent aussi la persistance de difficultés de communication et de collaboration avec les médecins. Les ressources affectées aux équipes de même que les processus d'accès varient d'un CSSS à l'autre⁴⁰. Malgré tout, le PASM 2005-2010 a occasionné de nombreuses retombées positives : plusieurs régions ont réussi à réduire le délai moyen d'attente et à améliorer le suivi des patients. L'accompagnement clinique par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) demeure un facteur déterminant à l'adoption et au maintien de bonnes pratiques.

Plusieurs directions du MSSS ont initié une démarche de signatures d'ententes de collaboration entre les communautés autochtones non conventionnées et les CSSS sur l'accès et la continuité de services en santé mentale et dépendances, en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPANQL). Ces deux problématiques ont été jugées prioritaires dans les Plans de santé d'une majorité des communautés non conventionnées.

Les liens entre les services de santé mentale de première ligne et les GMF

Les omnipraticiens sont les professionnels de la santé qui dispensent le plus de soins et de services de première ligne en santé mentale. En 2006, 75 % des Québécois ont consulté un omnipraticien et 20 % de ces personnes l'ont fait pour des motifs associés à la santé mentale⁴¹. Le suivi en clinique de médecine familiale comporte plusieurs avantages pour l'usager de services, dont celui de bénéficier au même endroit de soins et de services pour sa condition mentale et physique⁴². De plus, de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux considèrent moins

38. MSSS (2010), *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des Centres de santé et de services sociaux*

39. MSSS (2012), *Évaluation de l'implantation. La force des liens*, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

40. MSSS (2012), *Évaluation de l'implantation. La force des liens*, Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

41. MARIE-JOSÉE FLEURY, LAMBERT FARAND, DENISE AUBÉ, ARMELLE IMBOUA (2012), La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec, *Le médecin de famille canadien*, Vol. 58, 725-731. (p. 728)

42. Blakemore, Amy, Clare Baguley (2007), *Chronic obstructive pulmonary disease: the case for widening access to primary mental health care and opportunities for new ways of working*. *Journal of Mental Health Workforce Development*, volume 2 no. 1 (June): 3-11.

stigmatisant de consulter une clinique de médecine familiale que d'avoir recours aux services spécialisés⁴³. Malgré la fréquence des interventions reliées à la santé mentale, le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux par les omnipraticiens n'est pas optimal. Plusieurs obstacles, dont le maintien d'une pratique en solo et le manque de soutien sont encore présents⁴⁴.

De plus, le développement d'une culture de collaboration entre les omnipraticiens et les équipes de santé mentale de première ligne est un défi qui influe grandement sur la capacité à répondre aux besoins de la population desservie. À cet effet, plusieurs interlocuteurs rencontrés dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du PASM 2005-2010 ont souligné l'importance de la fluidité entre les services dispensés par les équipes de santé mentale des CSSS et ceux dispensés par les partenaires de la première ligne, dont les GMF. Dans le but de faciliter le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux en première ligne, de soutenir les médecins de famille dans leur pratique et de mettre à profit l'expertise des équipes de santé mentale de première ligne en CSSS, l'un des objectifs du PASM 2014-2020 sera de favoriser l'intégration de ressources professionnelles des CSSS en santé mentale dans les GMF. À cet effet, deux tendances sont préconisées par le MSSS, soit la délocalisation clinique de ressources professionnelles des CSSS vers les GMF et l'ajout de professionnels en intervention psychosociale des services sociaux généraux au sein de GMF répondants à certains critères de performance. L'atteinte des objectifs énoncés dépend grandement du développement de pratiques interdisciplinaires favorisant l'optimisation des compétences de chacun.

Les services spécialisés en santé mentale

Les services spécialisés s'adressent aux personnes dont les symptômes témoignent d'un problème aigu ou dont l'état nécessite une hospitalisation. Les services de deuxième ligne assurent aussi les traitements des personnes atteintes de troubles mentaux pour qui les services reçus en première ligne ne se sont pas avérés suffisants. L'obtention d'une consultation auprès des services spécialisés en psychiatrie à l'intérieur des délais prescrits est une condition essentielle à l'actualisation d'un réseau de santé mentale performant. Les thématiques en lien avec les services spécialisés présentés dans le cadre de la présente consultation sont la gestion de l'accès aux services spécialisés de psychiatrie en milieu hospitalier, l'optimisation de l'occupation des lits de courte durée en psychiatrie et la psychiatrie légale.

La gestion de l'accès aux services spécialisés de psychiatrie en milieu hospitalier

En 2012, le MSSS a publié le *Guide de gestion de l'accès aux services spécialisés* énonçant les standards correspondant aux bonnes pratiques au regard des processus de gestion des rendez-vous. Localement, la centralisation de la gestion des rendez-vous y apparaît comme l'une des mesures incontournables en vue d'une optimisation des processus concernés. Toutefois, une telle centralisation n'est pas encore appliquée dans tous les milieux de soins psychiatriques au Québec.

Conséquemment, les outils et méthodes permettant de mesurer les délais d'accès à ces services ne sont pas standardisés et les informations pertinentes concernant les processus et les différents délais associés ne sont pas systématiquement suivies ni évaluées. Le faible niveau de précision des informations reçues aux différents paliers de gestion limite les efforts d'optimisation des processus et d'amélioration continue. À cet effet, le MSSS entend procéder à l'instauration d'une gestion centralisée de l'accès aux services spécialisés dans tous les milieux hospitaliers offrant des services en santé mentale.

L'optimisation de l'occupation des lits de courte durée en psychiatrie

Il a été porté à maintes reprises à l'attention du MSSS que certains obstacles nuisent à la transition des personnes hospitalisées en fin de soins actifs en psychiatrie vers les ressources appropriées. De nombreuses contraintes peuvent être à la source d'un tel constat. L'accès difficile au suivi et au soutien en communauté, aux ressources adaptées pour certaines clientèles, ou la réticence de certains milieux de soins de longue durée à accueillir des personnes atteintes de troubles mentaux sont des facteurs qui favorisent cette utilisation non optimale des lits de courte durée en psychiatrie. Cette situation crée une pression sur les établissements et favorise l'engorgement des services d'urgence. Avec le

43. Rothman, A.A., Edward H.Wagner (2003), *Chronic illness management: What is the role of primary care?* *Annals of Internal Medicine*, volume 138: 256-262.

44. MARIE-JOSÉE FLEURY, LAMBERT FARAND, DENISE AUBÉ, ARMELLE IMBOUA,(2012), La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec, *Le médecin de famille canadien*, décembre. Vol. 58, 725-731.

présent PASM, le MSSS souhaite connaître le portrait de la situation en matière d'occupation des lits de courte durée par des personnes en fin de soins actifs en psychiatrie, procéder à l'évaluation des besoins des personnes concernées et à la mise en place de mesures permettant un transfert rapide vers les services de soutien ou d'hébergement appropriés.

La psychiatrie légale

Le Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel⁴⁵ a mis en lumière les failles du système actuel, particulièrement quant à la prise en charge des accusés souffrant de trouble mental⁴⁶, et a proposé des avenues pour améliorer les services. Au cours de la période couverte par le prochain PASM 2014-2020, le MSSS entend donner suite aux propositions du rapport, notamment quant à l'édification d'une hiérarchisation des services de psychiatrie légale au Québec et à la création de tableaux de bord permettant de documenter et de suivre le déploiement des ressources de psychiatrie légale en vue de leur utilisation optimale.

Le suivi et le soutien dans la communauté

Le suivi et le soutien dans la communauté ont comme principale fonction d'aider la personne dans l'acquisition d'un niveau de fonctionnement autonome optimal en société. Ces services jouent un rôle déterminant dans le processus de rétablissement et d'intégration tout en participant à une utilisation judicieuse des services. L'intensité et la durée des services offerts dans la communauté varient selon les besoins et la situation des personnes.

Le MSSS a publié en 2002 des *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*⁴⁷ où des modèles différents et répondant à des besoins spécifiques sont décrits dont le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV). Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux qui en ont besoin devraient avoir accès au suivi ou soutien en communauté approprié et répondant aux critères de qualité promus par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).

Le suivi intensif dans le milieu (SIM)

Le programme de suivi intensif dans le milieu (SIM) consiste en une organisation cohérente et intégrée fondée sur le travail d'une équipe interdisciplinaire (qui comprend la participation d'un médecin) qui prodigue des traitements psychiatriques, du soutien et des services de réadaptation. Le SIM s'adresse à des personnes qui présentent un trouble mental grave et qui sont considérées comme fragiles ou instables. Elles vivent de la détresse et des difficultés fonctionnelles majeures rendant les activités quotidiennes ardues. Ces personnes qui représentent environ de 70 à 100 personnes par 100 000 habitants sont des utilisatrices fréquentes des ressources hospitalières et ont souvent des problèmes de dépendance⁴⁸.

45. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel, Gouvernement du Québec, 97 p. et Annexes.

46. BUREAU DU CORONER (2012). Rapport d'enquête de Me Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Michel Berniquez, Montréal, 35 p.; BUREAU DU CORONER (2008). Rapport d'enquête de Me Paul G. Dionne sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Justin Scott St-Aubin, Montréal, 48 p.; BUREAU DU CORONER (2001). Rapport d'enquête de Me Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Brian Bédard, Montréal, 76 p.

47. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/7/documentation/2002/02-844-03.pdf>

48. <http://www.douglas.qc.ca/section/suivi-intensif-si-349> (consulté le 09-08-13)

Le SIM est probablement l'une des modalités de soins psychiatriques les plus étudiées dans la littérature scientifique. Son impact sur la réduction de l'utilisation des services hospitaliers graves est démontré^{49,50,51,52,53}, y compris pour les personnes en situation d'itinérance. Malgré tout, le SIM tarde à s'implanter au Québec, ce qui nuit à la performance globale du continuum de services en santé mentale et au rétablissement des personnes ciblées, qui sont parmi les plus vulnérables de la société. Pour l'ensemble de la province, les équipes de SIM en poste combient environ 40 %⁵⁴ des besoins estimés dans la population.

Tel que mentionné au *Guide de pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*, une équipe complète de SIM devrait employer un travailleur pair aidant à temps complet, ce qui est le cas d'environ le quart des équipes. Le vécu du pair aidant apporte une expertise complémentaire tout en contribuant à la promotion du point de vue et des préférences du client et en le motivant à faire et à assumer ses choix. La composition des équipes, les interventions et leur intensité influencent grandement la qualité des services prodigués. Les pratiques doivent être orientées sur les critères de qualité et l'impact des services sur le processus de réadaptation et de rétablissement des personnes doit être mesuré. À cet effet, le soutien clinique du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) demeure un outil précieux.

Le soutien d'intensité variable (SIV)

Les personnes qui bénéficient d'un SIV sont habituellement atteintes de troubles mentaux graves et peuvent présenter des dépendances. Ces services sont prodigués par plusieurs intervenants et coordonnés par un intervenant pivot qui entretient un lien de confiance avec la personne. Les interventions visent principalement l'accompagnement et le développement des aptitudes individuelles. Ces services sont offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation de la personne en permettant le retour à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté⁵⁵. Ils s'adressent à environ 250 personnes par 100 000 habitants.

La présence de services de soutien d'intensité variable (SIV) influence grandement l'efficacité des équipes de SIM, qui doivent pouvoir transférer leurs clients stabilisés vers des services moins intensifs. En l'absence d'un accès fluide au SIV, les équipes de SIM tendront à garder des clients, car l'écart entre une intervention de type SIM et le suivi habituellement offert en clinique externe est trop grand. L'accès aux équipes de SIM s'en trouve alors compromis. L'évaluation de l'implantation du PASM 2005-2010⁵⁶ illustre la grande variabilité des services de SIV offerts au Québec. Pour l'année 2011-2012, les équipes de SIV ont répondu à 34 % des besoins estimés dans la population. En date de l'automne 2013, 113 milieux d'intervention de types SIV ont été répertoriés, soit 85 dans le réseau de la santé et 25 dans des organismes communautaires. De ce nombre, environ 9 % des milieux embauchent un pair aidant.

Les efforts investis pour la mise en place du SIV avec la collaboration du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) doivent être maintenus. Le respect des critères cliniques et organisationnels est incontournable afin d'assurer la conformité aux bonnes pratiques en ce domaine, tant en établissement que dans le milieu communautaire.

49. T BURNS et al (2007), « Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People with Severe Mental Illness : Systematic Review and Meta-regression », dans *British Medical Journal*, p. 335-336.

50. GR BOND et al (2001), « Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness », dans *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 9, no 3, p. 141-159.

51. GR BOND et al (1990), « Assertive Community Treatment for Frequent Users of Psychiatric Hospitals in a Large City : a Controlled Study », dans *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, no 6, p. 865-891.

52. SD PHILLIPS et al (2001), « Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice », dans *Psychiatric Services*, doi: 10.1176/appi.ps.52.6.771

53. EA LATIMER (1999), « Economic Impacts of Assertive Community Treatment : a Review of the Literature », dans *Canadian Journal of Psychiatry*

54. Le 40 % est établi en fonction de besoins évalués à 70 places pour 100 000 habitants.

55. <http://www.douglas.cc.ca/section/soutien-d-intensite-variable-siv-350> (consulté le 09-08-13)

56. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 49-52

- Si une seule mesure pouvait être développée pour améliorer les services en santé mentale, laquelle proposeriez-vous?
- Quelle mesure structurante permettrait la création de liens étroits entre les services de santé mentale de première ligne en CSSS et les partenaires tels que les GMF?
- Quelle serait la meilleure façon de soutenir les omnipraticiens dans leur pratique en santé mentale?
- Quelles mesures structurantes permettraient de favoriser le déploiement des équipes de SIM et des services SIV partout au Québec?
- Quelle serait la meilleure avenue pour favoriser une réponse adéquate aux besoins des personnes présentant une comorbidité?
- Les démarches de collaboration entamées entre les CSSS et les communautés autochtones non conventionnées pour une amélioration de l'accès et de la continuité des services en santé mentale et en dépendances vous apparaissent-elles suffisantes? Quelles autres initiatives permettraient d'améliorer l'accès et la continuité des services pour ces populations?

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 horizontal black lines spaced evenly across the page, typical of notebook paper. The lines are thin and extend from the left edge to the right edge. There is no handwriting or other markings on the page.

D. LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES

Les différents enjeux énoncés aux sections précédentes sont grandement influencés par les pratiques organisationnelles et cliniques de même que par l'usage adéquat et le niveau de compétence des intervenants impliqués dans le suivi et le soutien des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette dernière section du document de consultation s'attarde à la supervision et au soutien clinique de même qu'au déploiement et au recours à des fonctions qui favorisent un travail collaboratif.

La supervision et le soutien clinique

La supervision clinique est centrale à la mise en place et au maintien de pratiques organisationnelles et cliniques efficaces de même qu'à une réponse adéquate aux besoins diversifiés des personnes utilisatrices de services. À cet effet, il appert que les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS doivent bénéficier d'une supervision clinique formelle au sein de leur établissement. De plus, l'optimisation des pratiques passe également par une appropriation et un recours aux outils cliniques, protocoles et éventuelles ordonnances collectives dans le secteur de la santé mentale.

De plus, la performance de l'ensemble des services en santé mentale est grandement influencée par le degré d'appropriation et d'implantation des orientations organisationnelles ministérielles et la conformité des pratiques cliniques aux critères de qualité. Des changements de pratiques sont à implanter et à maintenir chez les gestionnaires et les intervenants afin que les évaluations et les traitements s'effectuent dans les milieux appropriés, tel qu'énoncé dans les *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*⁵⁸. Il apparaît donc primordial que les gestionnaires et intervenants bénéficient d'un soutien clinique du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) favorisant le développement d'une compréhension commune et d'une culture de la première ligne, d'une optimisation des ressources et d'une prestation des services conforme aux bonnes pratiques qui soutient la personne dans son processus de rétablissement.

L'apport rehaussé des ressources professionnelles

Le recours aux médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP)

L'une des mesures introduites par le PASM 2005-2010 incarnant les soins de collaboration est le déploiement de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP)⁵⁹. Le psychiatre répondant d'un territoire local agit comme principal interlocuteur des intervenants de première ligne dans les situations qui requièrent l'avis et le soutien d'un spécialiste. Le MSRP se doit de développer et de maintenir des liens avec les fournisseurs de soins primaires de son territoire.

En date du printemps 2013, près de 30 % des 1110 psychiatres du Québec étaient éligibles à facturer les actes relatifs à la fonction de MSRP. Toutefois, le nombre d'actes moyens des trois dernières années laisse entrevoir que peu de ces psychiatres exercent concrètement la fonction de MSRP. Parmi les actes posés, 90 % l'ont été auprès des équipes de santé mentale de première ligne et 10 % dans des cabinets de médecins de famille⁶⁰. La fonction MSRP en pédopsychiatrie a quant à elle été peu développée.

58. MSSS (2011), *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*.

59. Le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) ont conclu en 2009 une entente au sujet de la rémunération du médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP).

60. La fonction de MSRP n'a été déployée dans les cabinets de médecin de famille qu'au cours de la deuxième année.

Le déploiement de la fonction de professionnel répondant en santé mentale

Comme les troubles mentaux affectent une grande proportion de la population, tout intervenant de la santé est confronté à la maladie mentale dans sa pratique. Comme n'importe quel autre citoyen, une personne atteinte de maladie mentale peut avoir plusieurs besoins de santé et avoir recours à d'autres programmes-services au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Différents facteurs font en sorte que des établissements ou des intervenants soient réticents à suivre des personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que cette réticence puisse être renforcée par des préjugés, elle s'appuie habituellement sur un manque d'expertise ou d'expérience, sur un sentiment d'incompétence ou une crainte d'être laissé à soi-même. Cette situation entraîne des répercussions négatives qui affectent directement l'utilisateur desservi, mais également la capacité générale du système à desservir adéquatement la population.

Afin de favoriser notamment la concertation clinique et la continuité d'approche entre les équipes cliniques qui desservent les usagers présentant des problèmes de santé mentale, le MSSS vise avec le PASM 2014-2020 le déploiement de la fonction de professionnel répondant en santé mentale. Le professionnel répondant œuvre au sein d'un CH ou d'un CSSS, détient une expertise en santé mentale et a comme rôle de soutenir les partenaires internes et externes d'un établissement dans les cas de situations cliniques particulières ou complexes en santé mentale. Il se rend disponible aux partenaires selon des modalités formelles adoptées par les instances décisionnelles des organisations concernées. Le transfert de connaissance peut prendre différentes formes : étude de situations cliniques, cours théorique, participation régulière aux réunions cliniques, etc. Ces moments favorisent un transfert d'expertise bilatéral et sont donc profitables pour les deux partis. Le déploiement de professionnels répondants constitue un moyen de mettre à profit l'expertise de professionnels en santé mentale, de favoriser le développement des compétences des intervenants concernés et de faciliter le suivi d'usagers présentant des comorbidités. De plus, il vise la diminution des listes d'attente et des références vers les services spécialisés de même qu'un désencombrement des services d'urgence.

Selon le MSSS, le déploiement de professionnels répondants en santé mentale serait bénéfique à de nombreux programmes, partenaires et équipes de santé mentale de première ligne en CSSS. Certains secteurs d'intervention apparaissent toutefois prioritaires :

- Les services et établissements destinés aux personnes en perte d'autonomie, dont les CHSLD,
- Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle,
- Les équipes de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et Jeunes en difficulté,
- Les centres de réadaptation en dépendance (CRD).

Au regard de la section L'optimisation des pratiques cliniques et organisationnelles, êtes-vous d'avis que :

- Les thèmes et enjeux abordés traduisent les réalités rencontrées?
- Des particularités complémentaires devraient être énoncées?
- Des éléments devraient être ajoutés ou retirés?
