

PROJET



Clinique

SANTÉ
mentale



BALISES RÉGIONALES

SANTÉ
mentale

PROJET




Clinique

BALISES RÉGIONALES

SANTÉ
mentale

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec 
Chaudière-
Appalaches







Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Yves Dufresne. Merci également à Louise Paré et Édith St-Hilaire pour leur précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin
Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

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

ISBN :  2-89548-294-2 (version imprimée)
 2-89548-293-4 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Table des matières

PRÉAMBULE	2
MODÈLE D'ORGANISATION DE SERVICES	3
L'offre de service	4
Services offerts par les organismes communautaires	4
<i>Services communautaires en promotion-prévention</i>	4
<i>Services spécifiques</i>	4
Promotion-prévention	4
Services de 1 ^e ligne	5
Services de 2 ^e ligne	6
Services de 3 ^e ligne :	6
DOONNÉES SOCIO SANITAIRES	8
CONSTATS ET ENJEUX	10
La promotion et la prévention	10
La consolidation des services de 1 ^e ligne	10
La hiérarchisation des services	12
OBJECTIFS ET PLANS D'ACTION	13
COMITÉ D'EXPERTS	14
BIBLIOGRAPHIE	16
LEXIQUE	17

La maladie mentale frappe maintenant une personne sur six au Québec, qui détient également le triste record du plus haut taux de suicide au Canada. Les différents rapports de l'*Organisation mondiale de la santé* affirment que le nombre de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ira en grandissant et viendra exercer une pression de plus en plus importante sur les services de santé. Mais, malgré cet accroissement, les troubles mentaux et le suicide n'ont pas toujours l'attention méritée et les personnes atteintes ne reçoivent pas tous les services requis par leur état.¹

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, de 2 % à 3 % de la population adulte a un trouble mental grave. Environ 150 000 à 200 000 adultes québécois, incluant les personnes âgées, vivent avec les conséquences importantes qu'engendrent ces problèmes de santé. Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont des troubles mentaux très fréquents et ils sont associés à un fardeau individuel, social et économique élevé. Au Canada, les prévalences pour la dépression majeure et pour les troubles anxieux sont respectivement de 10 et de 21 %.²

Un comité d'experts mis sur pied par le ministre de la Santé et des Services sociaux en 2003, fait le constat qu'au Québec, « malgré certains transferts vers la communauté, 77 % des ressources actuellement disponibles se retrouvent dans les centres hospitaliers. Très peu d'investissements ont été faits dans les services de 1^e ligne et dans les services offerts par le réseau communautaire, alors que tous les partenaires reconnaissent que le développement et la consolidation de ces services constituent des conditions impératives de réussite de l'importante transformation en cours. »³

Fort de ce constat, le Ministre cible aujourd'hui la santé mentale à titre de priorité nationale et s'engage à améliorer les services rendus à cette population. Un plan d'action, déposé en juin 2005, vient confirmer le choix stratégique du Ministère qui est de développer prioritairement une forte offre de service de 1^e ligne rapidement accessible à toute la population. Ce choix devrait entraîner un désengorgement des services de 2^e et de 3^e ligne pour les clientèles qui le requièrent.

Par ailleurs, « on dispose aujourd'hui de données qui montrent que les interventions et les stratégies visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies psychiatriques s'avèrent efficaces. »⁴ Il est préconisé de développer des actions touchant l'amélioration de la qualité de vie, de réduire les facteurs de risque et d'augmenter la résilience. Les experts recommandent que ces actions de promotion et de prévention soient intégrées aux interventions curatives ou de réadaptation à l'intérieur d'un plan global.

Le présent document portera un regard sur le modèle actuel d'organisation des services de santé mentale dans la région et précisera les paniers de services qui devront être consolidés ou mis en place dans chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et dans les services de 2^e ligne. À partir de données sociosanitaires, il identifiera les principaux enjeux auxquels nous faisons face et proposera aux CSSS des balises régionales d'organisation de services accompagnées d'un plan d'action permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services préventifs et curatifs. Le but ultime de cette démarche est d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, juin 2005.

² Conseil médical du Québec, *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Québec, Conseil médical du Québec, 2001, p.8.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *État d'avancement du plan d'action 1998*, Québec, 2001.

⁴ OMS, *Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiatriques*, 2004.

...Modèle d'organisation de services

Le réseau de services de santé mentale s'est beaucoup transformé au cours des dernières années. De plus en plus de services sont offerts, à l'intérieur de la communauté, pour assurer le traitement et le soutien des personnes qui présentent des troubles mentaux et pour soutenir leurs proches. Pour la clientèle adulte, on constate cependant que le niveau de services correspondant à des standards reconnus n'est pas encore atteint. Du travail reste à compléter, notamment au niveau de l'offre de service à l'intention des jeunes aux prises avec des troubles mentaux pour lesquels les services sont souvent morcelés, peu intégrés, ce qui entraîne des problèmes d'accessibilité et de continuité. Une note très positive : l'implication importante des organismes communautaires en santé mentale qui est une richesse propre à la région et qu'il faudra consolider, si nécessaire.

Le *programme santé mentale* vise à permettre à toute personne (adulte, jeune et à leur famille), dont la santé mentale est perturbée, d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation.⁵

Ces services sont destinés :

- aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère, de façon significative, dans leurs relations interpersonnelles, dans leurs compétences sociales de base et dans leurs capacités fonctionnelles à produire un travail ;
- aux personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable et qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

Cinq principes généraux sous-tendent l'organisation des services de 1^e ligne en santé mentale : l'appropriation du pouvoir, l'accessibilité, la complémentarité, la continuité des services et l'approche globale.⁶ Ainsi, une gamme complète de services de santé mentale, mettant à contribution les différents partenaires de la communauté, doit être disponible dans chacun des CSSS et doit être offerte le plus près possible du milieu de vie des personnes. Elle doit être facilement accessible et prévoir des mécanismes de liaison fonctionnels et rapides entre les différents dispensateurs. Elle suppose également la présence de la 1^e ligne en amont et en aval des épisodes de services spécialisés et la disponibilité de services spécifiques à l'intention de la famille et des proches, si requis.

Des travaux récents réalisés par l'*Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)*⁷ de même que le Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 proposent la mise en place, dans chaque CSSS, d'une seule équipe de santé mentale qui offrira des services de proximité à l'ensemble de la population de son territoire aux prises avec des problèmes transitoires ou persistants. Cette équipe est multidisciplinaire et inclut des médecins généralistes, des infirmières, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des éducateurs spécialisés, des auxiliaires familiales et des organisateurs communautaires. Des équipes spécifiques pour la clientèle jeunesse sont également proposées là où le volume de besoins le justifie.

Cette équipe, en plus d'assumer la prestation directe de services auprès de la clientèle, offre aux autres intervenants œuvrant particulièrement dans les secteurs jeunesse et personnes en perte d'autonomie, un support professionnel et une supervision clinique lorsqu'ils accueillent une clientèle aux prises avec un problème de santé mentale. Elle devra également, selon le modèle proposé par le plan d'action, être intégrée de façon matricielle aux équipes-programmes, lorsque requis.

⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien*, Janvier 2004.

⁶ ACCQ, *Offre de service de première ligne en santé mentale*, Juin 2004, p.6.

⁷ ACCQ, *Offre de service de première ligne de santé mentale. Contexte et orientations*, août 2004, p.12.

L'offre de service

Services offerts par les organismes communautaires

- Services communautaires en promotion-prévention :
 - activités de prévention du suicide ;
 - promotion de la santé mentale ;
 - service d'écoute téléphonique ;
 - interventions auprès de groupes à risque (à titres d'exemples : rupture amoureuse pour les hommes, estime et affirmation de soi pour les femmes) ;
 - prévention de la stigmatisation et des préjugés envers les personnes présentant des troubles mentaux.

- Services spécifiques :
 - entraide entre pairs (parents et personnes atteintes) ;
 - support, socialisation et loisir ;
 - activités de type centre de jour ;
 - formation et information ;
 - soutien au logement, hébergement de transition, hébergement de crise ;
 - intégration socioprofessionnelle ;
 - activités occupationnelles ;
 - services de répit-dépannage ;
 - interventions auprès des enfants ayant des parents atteints de problèmes de santé mentale ;
 - défense des droits et accompagnement aux plaintes.

Tant en ce qui concerne la défense des droits que l'intégration au travail, les organismes communautaires ont développé, auprès de la clientèle de santé mentale, une expertise qui doit être reconnue et mise à profit. Certains groupes communautaires sont également des ressources bien adaptées pour répondre à des besoins de réadaptation et d'apprentissage de même que pour les activités qui préparent le retour à l'emploi. De plus, plusieurs d'entre eux ont démontré leur expertise dans le domaine de l'intégration socioprofessionnelle et dans le soutien au logement. Certains groupes ont développé des activités de jour à caractère occupationnel de même que des services d'hébergement de crise.

Loin d'être perçue comme en opposition aux services offerts dans le réseau public de soins de santé, l'offre de service dispensée par les organismes communautaires s'inscrit comme une alternative souple et efficace qui peut répondre de façon satisfaisante aux besoins d'une personne atteinte, et ce, en rapport à ses attentes et son engagement dans son processus de prise en charge. Elle peut également s'inscrire dans le prolongement d'un service offert dans le réseau, en complémentarité ou en continuité avec ce qui y est disponible.

Promotion-prévention

- Services intégrés en périnatalité et petite enfance auprès des clientèles vulnérables (*NEGS, PSJP, stimulation précoce, PACE, Y'APP*) ;
- École en santé ;
- Services intégrés en prévention des problèmes d'adaptation sociale et en santé mentale chez les adultes ;
- Chaudière-Appalaches en santé.

Les activités de promotion et de prévention pour les jeunes enfants et leurs parents sont des activités multidimensionnelles qui concernent différents aspects de leur vie. Ils consistent principalement en services intégrés de périnatalité et en services pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces services visent, entre autres, à favoriser le développement optimal des

enfants et à améliorer les conditions de vie des familles. D'autres activités prônent le recours à des pratiques cliniques préventives de la part des cliniciens.

Une campagne de sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé est prévue au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Elle vise à diffuser les signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs. Le but d'une telle campagne est de promouvoir l'intervention précoce. Une intervention globale de prévention du suicide doit aussi être mise en oeuvre. D'autres interventions visent des problèmes associés aux troubles mentaux tels que la violence conjugale, les agressions sexuelles et la consommation inappropriée d'alcool et de médicaments psychotropes.

Services de 1^e ligne

- Services de crise (écoute téléphonique, intervention sur place, hébergement de crise, suivi de crise à court terme, services hospitaliers d'urgence) ;
- Services de suivi communautaire d'intensité variable (incluant le suivi des personnes hébergées) ;
- Traitement de 1^e ligne (services médicaux, suivi infirmier et social) ;
- Mécanismes d'accès à l'hébergement régulier tels *RTF, RI, CHSLD*, hébergement communautaire ;
- Soutien au logement autonome ;
- Soutien aux parents, répit aux familles et aux proches ;
- Entraide et réponse aux besoins de subsistance ;
- Activités de réadaptation ou occupationnelles et activités de formation ;
- Intégration socioprofessionnelle incluant l'aide aux études ;
- Fonction de liaison avec les services spécialisés de psychiatrie et les partenaires (*CJ, CRDI, CRDP, CRATCA* et organismes communautaires) ;
- Services d'action communautaire ;
- Services de soutien à domicile ;
- Services de promotion et de défense des droits.

Les prestataires actuels de services de 1^e ligne répondent à 7 % à 9 % de la population adulte de leur territoire⁸ pour des problèmes de santé mentale. Ils sont les principales voies d'accès au traitement et au soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux. Les services offerts en 1^e ligne sont de deux ordres : des services généraux offerts à toute la population et des services spécifiques pour la clientèle atteinte qui nécessite une intervention suivie et interdisciplinaire. Les services de 1^e ligne sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les psychologues en milieu scolaire ou en privé, les organismes communautaires et les centres hospitaliers pour les cas urgents. L'équipe de 1^e ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu. Plusieurs approches axées sur la collaboration sont donc nécessaires entre les différents intervenants et les différents niveaux de services et doivent être formalisées et consolidées.

Le développement d'une 1^e ligne qui assure le traitement d'une grande proportion des personnes ayant un trouble mental sera possible si les médecins spécialistes offrent le soutien nécessaire au médecin traitant et aux cliniciens et assurent une reprise du traitement lorsqu'il ne réussit pas en 1^e ligne. En ce sens, le plan d'action déposé propose l'identification d'un psychiatre qui agirait comme répondant d'un territoire local et qui, dans certains cas, offrirait le traitement. Les psychiatres seront aussi invités à offrir un engagement plus important auprès des clientèles avec des problématiques multiples et complexes. Les pédiatres et les pédopsychiatres devront également jouer un rôle actif de support auprès des médecins et des équipes de 1^e ligne pour la clientèle jeunesse.

Les centres jeunesse sont responsables d'un grand nombre d'enfants et de jeunes qui ont des difficultés importantes dans la vie dont des troubles mentaux. Afin de répondre aux besoins de ces jeunes, le Ministère demande aux régions de mettre en place, en priorité, des équipes de deuxième niveau proposées au *Protocole d'intervention en situation de problème suicidaire dans les centres jeunesse* et d'étendre le mandat de ces équipes à la santé mentale. De plus, la question du développement de

⁸ A. Lesage et autres, *Estimating local area needs for psychiatric care : a case busy*, dans *British Medical Journal*, vol 169, n° 1, 1996, p.49-57

services résidentiels, dans Les Centres jeunesse ou dans la communauté, pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale doit être documentée.

Services de 2^e ligne

Au deuxième niveau de l'offre de service se retrouvent les services dispensés en milieu hospitalier. L'évolution importante dans le domaine de la pharmacothérapie et des traitements psychiatriques a permis de diminuer sensiblement les durées de séjour en milieu hospitalier. Cependant, des traitements spécialisés demeurent nécessaires dans des situations complexes qui requièrent un niveau d'expertise plus important.

Sauf exception, les services de 2^e ligne devraient être accessibles sur référence seulement. Tout comme en 1^e ligne, ils devraient être dispensés selon une approche interdisciplinaire. Dans une récente publication, Thornicroft et Tansella⁹ affirment que les services spécialisés de 2^e ligne devraient être réservés à :

- l'évaluation et au diagnostic ;
- au traitement intensif lors d'épisodes aigus de la maladie ;
- aux soins des personnes les plus à risque de rupture avec la société (violence, criminalité) ;
- aux personnes nécessitant une pharmacothérapie importante et spécifique ;
- au suivi des personnes dont le traitement n'a pu être complété en 1^e ligne ;
- au support aux intervenants de 1^e ligne dont les omnipraticiens.

Les services de 2^e ligne sont offerts par certains CSSS, par des organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques. Si l'on se réfère à la gamme de services proposée au plan d'action, les services de 2^e ligne sont l'évaluation et le traitement spécialisé, l'hospitalisation et le suivi intensif. Ils incluent également le soutien spécialisé pour les enfants et les jeunes.

Services de 3^e ligne

Les services surspécialisés ou de 3^e ligne, s'adressent aux cas très complexes et très graves. Compte tenu du niveau d'expertise qu'ils requièrent, ils sont concentrés dans quelques milieux et accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin par le biais d'ententes de service. Ils nécessiteront des liens de collaboration entre les cliniciens de 2^e et de 3^e ligne. Les personnes traitées en 3^e ligne seront réacheminées vers le psychiatre de 2^e ligne aussitôt l'épisode de soins aigus stabilisé.

Il appartiendra aux établissements, désignés par le RUIS comme devant dispenser des services de 3^e ligne, de proposer une offre de service qui tiendra compte des services disponibles en 2^e ligne.

La région de la Chaudière-Appalaches préconise l'intégration, en 2^e ligne, des services qui pourraient, ailleurs au Québec, se retrouver en 3^e ligne. L'expertise développée régionalement, de même que la volonté du milieu de rendre accessible à proximité du milieu de vie des personnes l'ensemble des services requis par leur état, justifient cette position. Les services spécialisés disponibles en 2^e ligne dans la région sont : les services pour les troubles de la personnalité, pour les troubles anxieux et dépressifs, pour les troubles alimentaires de même que pour les troubles psychotiques. Dans ce dernier cas, les clientèles psychotiques avec troubles graves du comportement de même que les troubles de conduite sexuelle sont référées au *Centre hospitalier Robert Giffard* avec lequel la région a conclu une entente de service. La région est en attente d'une réponse à sa demande de développer les services requis pour la clientèle médicolégale. D'ici là, lorsque la situation l'exige, elle est référée vers l'institut Philippe Pinel.

Actuellement, en Chaudière-Appalaches, des équipes de santé mentale sont disponibles dans chacun des CSSS. L'intervention de crise est généralement bien structurée et des services de suivi dans la

⁹ Graham Thornicroft et Michele Tansella, *What are the arguments for community-based mental health care*, OMS, 2003

communauté sont accessibles partout. Des services spécifiques à l'intention des clientèles suicidaires sont également dispensés dans chacun des CSSS. Des groupes communautaires viennent compléter l'offre du secteur public et assurent le soutien dans le milieu de vie dont l'intégration au travail, des activités de jour, des lignes d'écoute téléphonique, de même que différentes formules de répit tant à la clientèle adulte qu'à celle des jeunes.

Tous les CSSS, à l'exception de celui des Etchemins et du Grand Littoral, ont accès à des services d'urgences hospitalières de même qu'à des services de soins et traitements spécialisés de psychiatrie. Dans ces derniers cas, des ententes devront être entérinées avec un autre CSSS. L'*Hôtel-Dieu de Lévis* de même que chacun des CSSS offrent, selon des formes différentes cependant, des services d'évaluation psychiatrique court terme de même que des services de psychogériatrie et de pédopsychiatrie. Une formule hôpital de jour est disponible sur les territoires de Beauce et à l'*Hôtel-Dieu de Lévis*.

Le CSSS des *Etchemins* dispense les services de traitement actif de moyenne durée (*Programme 12* qui connaîtra une transformation au cours des prochains mois) de même que des services d'hébergement spécialisé de longue durée. Chaque CSSS peut compter sur des ressources d'hébergement variées telles que des ressources de type familial (RTF), ressources intermédiaires (RI), logements avec soutien, hébergement de transition et hébergement de crise. Concernant le *Programme 12*, une proposition de transfert vers le CSSS de *Beauce* et l'*Hôtel Dieu de Lévis* est présentement à l'étude.

L'*Hôtel-Dieu de Lévis* a réalisé au cours des derniers mois une réorganisation des services offerts en santé mentale. Cette réorganisation aura permis la mise en place d'unités de plus petite taille, favorisant une plus grande homogénéité des diagnostics présentés par la clientèle qui y est admise. C'est ainsi qu'on y retrouve une unité d'intervention brève de six lits, un regroupement de six lits de traitement intensif pour la clientèle présentant des troubles sévères et à potentiel élevé de dangerosité et huit lits de soins intermédiaires. Une unité de 12 lits de gérontopsychiatrie s'y est également développée, destinée à l'évaluation et aux traitements de la clientèle âgée présentant des troubles mentaux. Les services de cette équipe sont également disponibles sur une base ambulatoire. L'hôpital de jour reçoit une clientèle adulte dont la problématique demeure instable.

Il revient à l'Agence de s'assurer que les ententes de services entre les CSSS et l'*Hôtel-Dieu de Lévis* ou un autre CSSS permettent un accès équitable aux services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Elle est également responsable de faire appel au RUIS pour obtenir les services spécialisés non disponibles dans la région (sur une base occasionnelle ou de façon permanente) de même que les services de 3^e ligne nécessaires.

Données sociosanitaires

- Les enquêtes de Santé Québec ont montré que 18,2 % de la population de la région déclare un indice de détresse psychologique élevé. Ce pourcentage est de 20,1 % pour le Québec. Les hommes (15,1 %) de la région ont un pourcentage semblable à celui des Québécois (17,3 %). Les femmes ont un indice plus élevé que les hommes : 21,4 % dans la région et 22,8 % au Québec (Echo Santé, 1998). Les jeunes de 15 à 24 ans ont un indice de détresse psychologique qui s'élève à 28 % (PNSP, 2003) ;
- Pour les idées suicidaires sérieuses, le pourcentage de la population qui en rapporte l'intention dans la région en 1998 (4,5 %) est légèrement supérieur à celui du Québec (3,9 %). Cette prévalence était de 3,1 % en 1987 (Echo Santé, 1998). En 2001, ce pourcentage, pour les hommes, est légèrement inférieur dans la région (8,4 %) par rapport au Québec (10,5 %). Pour les femmes, le pourcentage est de 10,6 % pour la région et 12,7 % pour le Québec. (Roy, 2005). Quant à la prévalence des tentatives de suicide, elle est estimée au Québec à cinq personnes pour 1 000 (PNSP, 2003) ;
- En Chaudière-Appalaches, le nombre de journées d'incapacité de travail pour des problèmes psychologiques reliés au travail s'élevait à 24,6 jours pour 100 personnes en 1998. Chez les travailleurs de la région, cela totaliserait annuellement 38 000 jours d'incapacité pour des problèmes de santé psychologique reliés au travail (stress, burnout, dépression, choc nerveux, etc.) soit l'équivalent de 167 personnes à temps complet sur une base annuelle (DSP, SAT). De plus, on estime que 5 700 travailleurs de la région s'absenteraient pour ces raisons chaque semaine (Martin, 2005) ;
- Au Québec, la prévalence annuelle des troubles mentaux est de 20 %. Les troubles anxieux, par exemple, ont une prévalence de 16,4 %. Cette catégorie comprend les phobies, l'agoraphobie, les troubles d'anxiété généralisée (TAG), les troubles paniques, etc. La phobie simple est la plus fréquente avec une prévalence de 8,3 % (Martin, 2005) ;
- Pour les hospitalisations reliées à la santé mentale, de façon générale, les taux pour troubles névrotiques sont statistiquement plus élevés dans la région qu'au Québec pour les adultes de 18 à 64 ans. Les taux d'hospitalisation pour des troubles de la personnalité dans la région sont aussi plus élevés qu'au Québec sauf pour les personnes âgées de 50 à 64 ans ;¹⁰
- Chez les 18-34 ans, le taux d'hospitalisation pour psychose est inférieur à celui du Québec, dans la région et dans tous les territoires de RLS. Il est cependant plus élevé dans la région pour les troubles névrotiques et les troubles de personnalité (psychoses : CA 23,8/10 000 – Q 30,3/10 000 ; troubles névrotiques CA 17,8/10 000 – Q 12,6/10 000 ; troubles de la personnalité CA 10,5/10 000 – Q 7,1/10 000) ;
- Chez les 35-49 ans, le taux d'hospitalisation pour troubles névrotiques est plus élevé dans la région (26,6/10 000) qu'au Québec (17,6/10 000). Il en est de même pour les troubles de personnalité (CA 11/10 000 – Q 7,5/10 000). Le taux d'hospitalisation pour psychoses est principalement élevé dans le territoire de Beauce (54,7/10 000) par rapport à la région (36,9/10 000). C'est la région de Thetford qui est au sommet de l'échelle pour les troubles névrotiques (T 42,3/10 000 – CA 26,6/10 000) et pour les troubles de personnalité (T 19,8/10 000 – Q 11,0/10 000) ;
- Chez les 50-64 ans, la seule différence observée entre la région et le Québec est pour les troubles névrotiques (CA 17,3/10 000 – Q 11,7/10 000) ;
- Pour la région, le taux d'hospitalisation pour psychoses est de 31,5/10 000 (Q 30,8/10 000) pour les 65-74 ans et de 33,6 (Q 33,3/10 000) pour les 75 ans et plus. Pour les psychoses organiques, le taux en Chaudière-Appalaches est de 11,3/10 000 (Q 11,7/10 000) pour les 65-74 ans et il s'élève à 66,9 (Q 73,7/10 000) chez les 75 ans et plus ;
- Chez les 65-74 ans, le secteur Montmagny-L'Islet est plus touché pour les psychoses (MI 39,2/10 000 – CA 31,5/10 000), la région de Thetford pour les troubles névrotiques (T 25,5/10 000 – CA 13,2/10 000). Pour les plus de 75 ans, Montmagny-L'Islet présente le plus haut taux de psychoses organiques (MI 81,0/10 000 – CA 66,9/10 000) et de psychoses (MI 40,8/10 000 – CA 33,6/10 000). La Beauce semble plus touchée par les troubles névrotiques (B 24,6/10 000 – CA 16,3/10 000) ;

¹⁰ DSP Chaudière-Appalaches, *Portrait de la population des réseaux locaux de services*, mars 2005

- Chaudière-Appalaches se situe au 4e rang parmi les 15 régions du Québec quant à la mortalité par suicide. Le taux ajusté pour 1999-2001 observé dans la région est de 24,9/100 000, alors que celui du Québec se situe à 19,1/100 000 ;
- Le suicide est au 2e rang des principales causes de décès chez les 18-34 ans (29,7 %). Le taux de suicide tend à augmenter avec l'âge jusqu'à 50 ans. Le groupe des 40-49 ans est le plus affecté (Roy, 2005) ;
- Les hommes comptent plus de décès et affichent un taux de mortalité par suicide plus élevé que celui des femmes. Cependant, le taux est en hausse croissante chez les femmes ;
- Les territoires de réseaux locaux de services les plus touchés sont ceux du CSSS de Beauce et du CSSS de la région de Thetford. Les territoires des MRC de Montmagny, de Beauce-Sartigan et de Frontenac affichent des valeurs plus élevées à l'indice comparatif de mortalité de la région.

Bien qu'ayant exercé un bon leadership dans l'exercice de transformation entrepris au cours des dernières années, la région de la Chaudière-Appalaches ne fait pas exception à la règle. Plusieurs choses restent à faire dont, notamment, l'intensification de la promotion et de la prévention, la consolidation des services de 1^e ligne, la réorganisation des services d'hébergement spécialisé, la révision du modèle actuel de dispensation de services du programme de moyenne durée et l'arrimage entre les services de 1^e, 2^e et 3^e ligne.

La promotion et la prévention

Depuis plusieurs années, l'ensemble des dispensateurs de service de Chaudière-Appalaches s'est mobilisé afin de prévenir le suicide principalement par la détection précoce des personnes à risque, la formation des professionnels de la santé et la postvention. Toutes ces actions doivent cependant être consolidées dans les services de 1^e ligne. Par ailleurs, peu de mesures ont été mises en place afin de promouvoir la santé psychosociale globale (stress, troubles anxieux, dépression, suicide, consommation abusive d'alcool, de drogues et de médicaments, jeu pathologique, abus, violence, etc) ce qui apparaît maintenant comme un priorité nationale. On sait déjà que les prochaines années amèneront des défis importants avec, entre autres, les taux élevés de suicide, l'accroissement du nombre de personnes âgées, la pression exercée sur tous les travailleurs, particulièrement ceux de la santé et des services sociaux, d'où la nécessité de se mettre à tâche.

Il importe d'agir le plus tôt possible, dès les premières années de vie. Il faut aussi intensifier les activités préventives visant toute la population et les clientèles plus vulnérables. Pour la population en général, les activités suivantes sont ciblées : amélioration des milieux de vie et des conditions sociales des communautés, réduction des facteurs de risque, renforcement des facteurs de robustesse des individus, etc. De plus, d'autres interventions spécifiques permettent d'agir en amont auprès des clientèles à risque. Ces activités préventives permettront de se rapprocher de l'objectif du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) visant à augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale.¹¹

La consolidation des services de 1^e ligne

L'accès à des services médicaux généraux et psychiatriques demeure problématique dans certaines parties de la région.

La mise en œuvre des projets cliniques devra permettre de consolider les partenariats nécessaires avec les médecins œuvrant en cabinet privés afin d'améliorer l'accessibilité aux services. De plus, la révision du mode d'organisation des services médicaux de 2^e et 3^e ligne devra identifier un correctif à la situation des médecins spécialistes. Au cours des dernières années, le réseau a concentré ses efforts sur les personnes atteintes de troubles mentaux graves. La gamme de services qui lui est destinée est en voie d'implantation dans la région, mais son intensité devra être rehaussée pour répondre adéquatement aux besoins. L'amélioration de l'accessibilité à des services de santé mentale de 1^e ligne, particulièrement pour les troubles modérés, devra faire l'objet de réévaluation.

Dans la région, les services de crise demeurent morcelés et l'intervention directe (face à face), particulièrement de soir et de nuit, n'est pas toujours assurée. Les services d'hébergement de crise ne sont pas déployés également dans l'ensemble des territoires et les trajectoires de services ne sont pas clairement établies avec le volet hospitalier des CSSS (et l'*Hôtel-Dieu de Lévis*) de même qu'avec les partenaires offrant les services d'hébergement. Le réseau d'hébergement de crise devra être complété par le biais d'ententes avec les organismes communautaires. À l'intérieur de chacun des CSSS, un

¹¹ MSSS, *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003

continuum de services intégrés passera par la révision des modalités et des critères d'accès de même que par l'intégration des équipes de 1^e et 2^e ligne au profit d'une clientèle dans le besoin.

Les équipes d'intervention de 1^e ligne ont besoin d'être diversifiées et consolidées et la présence d'un médecin dans ces équipes est fortement souhaitée. Quels que soient les documents consultés, le partenariat interdisciplinaire, qui va bien au-delà de mécanismes de références, est une approche à privilégier. Le succès de la transformation effectuée pour les services de pédopsychiatrie devrait servir de modèle à savoir qu'une 1^e ligne intégrée, mieux soutenue, peut offrir des services qui ont un impact direct sur l'engorgement des services de 2^e ligne.

De nombreuses études démontrent l'association étroite entre les troubles mentaux et le suicide. Depuis 1996, le suicide est une priorité de santé publique au Québec et, à ce jour, la population de toute la région a accès à des services spécifiques. Le service d'Urgence-Détresse vise également à donner une réponse accessible 24 h/7 jours aux personnes en difficulté ou en situation de crise. Reste à assurer le déploiement du projet REMI dans l'ensemble de la région et à rendre accessibles des services de 1^e ligne complets, intégrés et en lien constant avec les services hospitaliers au besoin.

Les services de suivi dans la communauté, même s'ils sont présents dans toutes les MRC, sont développés inégalement. Le soutien intensif qui s'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, dont la condition est instable ou très fragile, et qui courent un risque élevé d'hospitalisations répétées et prolongées. Doit être rendu disponible selon un modèle d'intervention interdisciplinaire. Il doit intégrer directement le traitement compte tenu des grandes difficultés et des besoins diversifiés de ces personnes. Un objectif d'accroissement du nombre de personnes desservies est prévu au cours de l'année 2005-2006. Le soutien d'intensité variable de type « case management » s'adresse aux personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais moins sévères. Il vise surtout le développement de compétences individuelles et l'accompagnement. Il devra également être consolidé au cours de la prochaine année.

Différentes collaborations sont requises, entre autres au plan du logement, du travail, de l'emploi et de l'éducation, pour favoriser l'intégration sociale de la personne atteinte de trouble mental. Un regard sur la situation actuelle dans la région nous montre qu'on y compte encore un nombre de places d'hébergement en ressources intermédiaires et en ressources de type familial supérieur à celui attendu, alors que du développement devrait être fait dans le programme de soutien au logement. Pour atteindre cet objectif, le transfert des ressources vers des logements doit permettre d'intégrer un régime de soutien souple, individualisé, qui varie en nature et en intensité selon le besoin de l'utilisateur.

En Chaudière-Appalaches, plusieurs organismes communautaires ont développé différentes mesures de pré-employabilité ainsi que d'insertion et de maintien en emploi. De plus, ils ont démontré leur expertise dans le domaine du soutien à l'emploi. Même s'ils sont peu implantés, les programmes de type contrat d'intégration au travail (CIT) semblent les mesures les plus normalisantes actuellement connues. Pour ce type de programme, des activités de soutien (psychosocial, socioprofessionnel) sont requises tout au long du processus. Les CSSS devront s'assurer qu'ils soient disponibles sur leur territoire de desserte.

Autre constat important, dans la région, il n'existe aucune ressource adaptée à la clientèle présentant une multiproblématique. Le problème des jeunes ayant des troubles mentaux et qui sont sous la responsabilité des *Centres jeunesse* est bien réel. De plus, certaines personnes qui reçoivent des services spécifiques en santé mentale requièrent d'autres types de service car elles présentent une comorbidité liée à une déficience physique, intellectuelle ou à une dépendance pour lesquelles des interventions conjointes sont nécessaires. Lorsque la double problématique interfère dans les services et le soutien à offrir, la collaboration entre les intervenants de l'un et l'autre des secteurs est essentielle et doit s'effectuer le plus précocement possible. Il y aura donc lieu de convenir de collaboration à établir à l'intérieur des ententes et de prévoir le développement de co-intervention. L'accès à des ressources d'hébergement spécialisés pour ce type de clientèle reste à être documenté de même que les modalités de prise en charge.



La hiérarchisation des services

Encore maintenant, les urgences hospitalières sont utilisées fréquemment comme porte d'entrée pour les personnes en grande détresse ou en crise. Ces lieux de soins physiques d'urgence ne répondent pas aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux. Aussi, ils devront être adaptés afin d'offrir une réponse adéquate aux besoins spécifiques de cette clientèle.

Le traitement spécialisé, dans la vision du futur, devra être disponible rapidement, dans les situations complexes, nécessitant son niveau d'expertise. La hiérarchisation des soins entre les omnipraticiens, les psychiatres et les pédopsychiatres doit être précisée et des trajectoires de services simplifiées mises à la disposition des cliniciens. Des services de psychogériatrie devront continuer d'être disponibles, dans une forme ambulatoire, afin de supporter les équipes cliniques en CHSLD.

Il y aurait également lieu de consolider les services d'interventions concertées entre les *programmes de santé mentale* et les autres programmes tels que : les dépendances, la déficience intellectuelle et TED, la déficience physique et les jeunes en difficulté. La consolidation du partenariat intersectoriel avec les services de sécurité publique, la justice, les commissions scolaires, les services municipaux et les services régionaux de 2^e ligne offerts dans *Les centres jeunesse* et en centre de réadaptation, apparaissent aussi comme des éléments facilitants pour une intervention intégrée et concertée. Les résultats des travaux, réalisés au cours des derniers mois par un comité de travail spécialement mis en place par l'ADRLSSSS-CA et qui préconisent une réorganisation du programme de moyenne durée psychiatrique de même que de l'hébergement spécialisé de longue durée, devront également être actualisés afin de compléter le continuum.

Objectifs et plans d'action

Les travaux réalisés au cours des dernières années en Chaudière-Appalaches ont permis le développement de partenariats efficaces et la mise en place de solutions créatrices aux problèmes auxquels le réseau de la santé mentale faisait face. Fort de ces réalisations, il entreprend maintenant une deuxième phase qui lui permettra de consolider les acquis et de poursuivre la transformation afin de toujours mieux adapter les réponses aux besoins des usagers.

Le comité d'experts, fort de son expertise et de sa connaissance des besoins de la clientèle, propose au comité aviseur deux priorités d'action qui leur apparaissent comme un incontournable au cours des deux prochaines années, soit la consolidation et la diversification des équipes de 1^e ligne de même que la poursuite de l'implantation du suivi intensif et variable dans la communauté.

La première piste d'action interpelle les nécessaires collaborateurs que sont les médecins. Des services médicaux intégrés au continuum de services devront être rendus accessibles à la clientèle présentant des troubles mentaux. Des modalités d'intervention permettant un support professionnel aux médecins devront faire l'objet de discussion dans chacun des territoires de CSSS. La deuxième piste suggère pour sa part, une intensification des services actuellement offerts, et ce, dans le milieu de vie de l'utilisateur. L'enjeu de cette deuxième priorité apparaît comme une modification de la pratique professionnelle et le développement d'outils fiables de suivi de l'offre qui exigera une révision des modes d'utilisation du système d'information SIC-CLSC.

Le plan d'action ministériel et le plan d'action régional se traduisent de façon particulière sur le plan opérationnel dans chaque territoire. Ils devront être ajustés aux besoins de la population locale en matière de santé mentale, tout en prenant en considération les acquis de services du réseau local, l'objectif ultime étant de combler les écarts entre les besoins identifiés et les ressources disponibles. Le plan d'action identifie, à l'intention de chacun des CSSS, une série de mesures structurantes qui leur permettront, nous l'espérons, de supporter leur réflexion locale.

Comité d'experts

ADRLSSSS-CA	M ^{me} Caroline Arsenault M ^{me} Dyane Benoit M. Jean-Luc Parenteau M. Pierre Carrier
CHA Hôtel-Dieu de Lévis	M ^{me} Céline Dion M. Charles Lajeunesse
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie Chaudière-Appalaches	M ^{me} Nataly Jacques
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches	M. Gaétan Vachon
CSSS Beauce	M ^{me} Carole Michaud M ^{me} Lina Poulin M ^{me} Lisane Boisvert M ^{me} Nancy Lachance M. Pierre Poulin M. Serge Denoncourt
CSSS de la région Thetford	M. Alain Bilodeau M. André Fugère M ^{me} Micheline Sylvain
CSSS de Montmagny-L'Islet	M ^{me} Diane Boivin M ^{me} Ginette Bernier M ^{me} Hélène Boutin M. Claude Voisine
CSSS des Etchemins	M ^{me} Lucie Laflamme M ^{me} Renée Cliche M ^{me} Maryse Giroux
CSSS Grand Littoral	M. Alain Dumais M. Claude Soucy

(suite)

CSSS Grand Littoral	M. Yvan Rioux
Direction de santé publique	M ^{me} Édith St-Hilaire M ^{me} Louise Paré
La Passerelle	M ^{me} Sonya Vaillancourt
Le Trait d'union	M ^{me} Suzie Jean
Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches	M. Alain Lindsay
<u>Chargée de projet</u>	
ADRLSSSS-CA	France Boivin

...Bibliographie

ACCQ. *Offre de service de première ligne de santé mentale. Contexte et orientations.* août 2004, p.12.

ACCQ. *Offre de service de première ligne en santé mentale.* juin 2004, p.6.

A. LESAGE ET AUTRES. *Estimating local area needs for psychiatric care : a case busy*, dans *British Medical Journal*, vol 169, n° 1. 1996, p.49-57.

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

DSP CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Portrait de la population des réseaux locaux de services.* mars 2005.

GRAHAM THORNICROFT ET MICHÈLE TANSELLA. *What are the arguments for community-based mental health care.* OMS. 2003.

JEAN-LUC PARENTEAU. *Évaluation des programmes régionaux de longue durée psychiatrique et de traitement de moyenne durée*, avril 2005.

LUCIE ROY. *Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches.* 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'architecture des services de santé et des services sociaux, Les programmes-services et les programmes-soutien.* janvier 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *État d'avancement du plan d'action 1998.* Québec, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale.* novembre 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010.* 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012.* 2003.

OMS. *Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiatriques.* 2004.

STEPHENS THOMAS, CORINNE DULBERG, NATACHA JOUBERT. *La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive.* http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/20-3/c_f.html

Profils statistiques du suicide en Chaudière-Appalaches,
<http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/ProfilstatistiquedusuicideenChaudiereAppalaches>

http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/EtudedecasdesuicidedansChaudiere-Appalaches_000.pdf

http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/ProfilstatistiquedusuicideenChaudiereAppalaches_000.pdf

Approche globale

L'approche globale de la santé est celle qui intègre, dans la planification des services et la dispensation des soins, une multiplicité de facteurs qui influencent la santé et le bien-être tels que l'environnement, le milieu de vie, les habitudes de vie, les facteurs biologiques, physiologiques, psychologiques, spirituels, la perception subjective de la qualité de vie et de la santé.

(Plan communautaire de promotion de la santé, Sommaire, <http://www.sante.cfwb.be/dohtml/progquinq1.html>)

Soins partagés

La pratique des soins partagés est basée sur les principes suivants :

- aucun programme ne peut dispenser seul tous les services nécessaires à une personne ;
- les rôles et les responsabilités entre les différents prestataires doivent être clairs, alors qu'un dispensateur peut agir comme leader ;
- tous les autres services peuvent demeurer impliqués et disposés à reprendre les soins au besoin ;
- les relations de collaboration sont basées sur le respect et la confiance. Les clés d'une collaboration réussie sont les contacts personnels et une communication régulière et claire ;
- Les soins partagés sont donc une approche de collaboration nécessaires à la mise en place d'un véritable continuum de services.

(Inspiré du Plan d'action en santé mentale 2005-2008, p. 17)

Programme-services

Désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune.

(MSSS, *Rapport du comité sur la définition des programmes*, Direction de la planification stratégique, 19 janvier 2004)

Programme-clientèle

Le terme clientèle réfère à un groupe de personnes qui partage une problématique commune. Dans le contexte de l'actuelle transformation, ce ne sont pas des personnes que l'on veut classer dans les programmes, mais plutôt un ensemble de services pour répondre aux besoins des personnes d'où l'appellation programme-services.

(MSSS, *Rapport sur la définition des programmes*, Direction de la planification stratégique, 19 janvier 2004)

Trouble mental

Le trouble mental est une maladie accompagnée de manifestations psychologiques ou comportementales qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. Il est cependant admis que ces troubles émergent à un point d'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels.

(Comité de la santé mentale du Québec, *Pour enrichir la politique de santé mentale du Québec*, 1994)

Santé mentale

La santé mentale est définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Elle s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques, relationnels et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

(Méthodologie en éducation de la santé,

http://www.cyes.info/cyes/site_internet/anciens_fichiers/definitions_methodo_sept02.php)

Troubles névrotiques

Les troubles névrotiques sont les troubles mentaux sans aucune base organique démontrable vis-à-vis desquels le malade peut garder une parfaite lucidité, qui ne s'accompagnent d'aucune altération du sens de la réalité et dans lesquels, habituellement, le sujet ne confond pas ses expériences subjectives et ses fantasmes morbides avec la réalité extérieure. Les principales manifestations sont une anxiété excessive, des symptômes hystériques, des phobies, des symptômes obsessionnels et compulsifs et la dépression.

(Classification internationale des maladies, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, Volume 1, OMS 1977)

Psychoses

Troubles mentaux dans lesquels l'atteinte du fonctionnement mental est telle qu'elle perturbe gravement la conscience, le contact avec la réalité et les possibilités de faire face aux nécessités de l'existence. Le terme psychoses n'est pas exactement défini. Le retard mental est exclu.

(Classification internationale des maladies, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, Volume 1, OMS 1977)

Troubles de la personnalité

Modes de comportement inadapté profondément enracinés, habituellement reconnaissables au moment de l'adolescence ou plus tôt, et persistant pendant la plus grande partie de la vie adulte, bien que devenant souvent moins évidents au cours de l'âge moyen et de la vieillesse. La personnalité est anormale soit dans l'équilibre, la qualité ou l'expression de ses composantes, soit globalement. Cette altération est cause de souffrance pour le malade et pour son entourage, a des conséquences nocives pour l'individu ou la société. Ces troubles sont désignés parfois sous le nom de personnalité psychopathique.

(Classification internationale des maladies, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, Volume 1, OMS 1977)

Soutien intensif

S'adresse à des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, dont la condition est instable ou très fragile et qui courent un risque élevé d'hospitalisations répétées et prolongées. L'intervention requise est de type interdisciplinaire et intègre directement le traitement.

(ACCQ, *Offre de service de 1^{er} ligne, Contexte et orientations*, août 2004)

Soutien d'intensité variable	Soutien de type « case management » qui s'adresse aux personnes avec des troubles mentaux graves, mais moins sévères. Il vise surtout le développement de compétences personnelles et d'accompagnement. (ACCQ, <i>Offre de service de 1^e ligne, Contexte et orientations</i> , août 2004)
Hiérarchisation des services	La hiérarchisation des services (1 ^e , 2 ^e et 3 ^e ligne, fait référence à l'organisation des services de santé et des services sociaux dans une perspective d'accessibilité, de continuité et de disponibilité des services, peu importe leur lieu de prestation. Elle permet de considérer le cheminement de l'usager selon la nature et l'intensité de ses besoins.
Services de 1^e ligne	Les services de 1 ^e ligne sont organisés sur une base locale et s'appuient sur des infrastructures légères. Ils sont composés de deux grands types que sont les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières. À l'intérieur de ces deux grands types, on retrouve des activités de promotion et de prévention. (Rapport du comité sur la définition des programmes du MSSS, Direction de la planification stratégique, MSSS, janvier 2004)
Services spécialisés	Les services spécialisés sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base régionale ou locale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé complexes. Il s'appuie sur une infrastructure importante et sur une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès de personnes référées, en soutien aux intervenants de 1 ^e ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. (Rapport du comité sur la définition des programmes du MSSS, Direction de la planification stratégique, MSSS, janvier 2004)
Services surspécialisés	Les services surspécialisés sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale et même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares. (Rapport du comité sur la définition des programmes du MSSS, Direction de la planification stratégique, MSSS, janvier 2004)