

Rapport

sur les services de santé mentale (adultes)

Des partenariats ... un réseau !



Rapport présenté à la Direction générale
de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

par le Comité régional de soutien à la transformation et à la
consolidation des services de santé mentale - Services aux adultes

Québec - juin 2002

En page couverture, photographie d'une toile (76 x 76 cm) de :

Serg Demers, L'éternité absolue [2002]

Serg Demers est un artiste autodidacte de Québec. La couleur, la matière et l'imaginaire constituent les éléments caractéristiques de son œuvre. On retrouve dans son travail sa passion pour la vie et son immense curiosité. Il qualifie son style d'art surnaturel et s'affirme comme en étant le concepteur mondial.

L'artiste est membre de l'Atelier de la mezzanine, organisme qui offre à ses créateurs, ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale, l'accès à des conditions d'apprentissage, de production et de diffusion en arts visuels. L'organisme a également pour but de participer au décloisonnement de l'art et de chercher à développer des liens d'échanges et de communication avec différents milieux.

**Atelier de la mezzanine
541, rue De Saint-Vallier Est, local 451
Québec (Québec) G1K 3P9
Tél. : (418) 691-3690
atelierscreation@meduse.org**

TABLE DES MATIÈRES

Message du président du comité	iii
Crédits	vi
Lettre de transmission du rapport.....	vii
Membres du Comité de soutien.....	viii
Introduction	1
1. Contexte.....	3
2. État de situation.....	7
3. Énoncé des valeurs et des principes.....	23
4. Un réseau de services intégrés.....	27
5. Recommandations et orientations.....	45
5.1 Sur les usagers	45
5.2 Sur le développement de l'appropriation du pouvoir d'agir	46
5.3 Sur les parents et les proches	47
5.4 Sur le réseau communautaire	49
5.5 Sur l'organisation des services territoriaux.....	51
5.6 Sur l'accès au logement	56
5.7 Sur la formation et le travail-emploi	60
5.8 Sur le traitement et la réadaptation dans la communauté	64
5.9 Sur l'organisation des services spécialisés	68
5.10 Sur l'organisation des services surspécialisés	76
5.11 Sur les structures de concertation et de soutien à l'action	79
5.12 Sur le transport des personnes.....	88
5.13 Sur l'effectif psychiatrique.....	89
5.14 Sur la sensibilisation et la lutte aux préjugés.....	92
6. Orientations sur certaines questions particulières	93
6.1 Sur la suprarégionalisation	93
6.2 Sur la cohérence à établir avec le réseau de pédopsychiatrie.....	93
6.3 Sur la gérontopsychiatrie	94
6.4 Sur l'Institut de psychiatrie	95
6.5 Sur la cohérence à établir avec le réseau « suicide ».....	96
6.6 Sur la cohérence à établir avec le réseau « itinérance »	96
6.7 Sur les troubles thymiques et anxieux.....	96

7. Ressources	99
8. Évaluation, monitoring et formation	105
8.1 Évaluation.....	105
8.2 Données et monitoring	107
8.3 Formation	108
Conclusion.....	109
Bibliographie	111
Liste des annexes	115

Message du président du comité

Au cours des derniers mois, des dizaines de personnes de la grande région de Québec se sont concertées pour déterminer les améliorations à apporter aux services destinés aux personnes vivant un problème de santé mentale.

Lors de ces démarches, nous avons été à même de constater que des consensus très forts émergeaient et c'est sur ceux-ci que le Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale a décidé de construire sa planification.

Les besoins des personnes vivant un problème de santé mentale sont nombreux et diversifiés. Cette diversification commande une concertation sectorielle et intersectorielle importante. S'il y a une réalité retenue par tous les acteurs, c'est bien le fait que le travail isolé est voué à l'échec.

Un autre constat est la volonté ferme de passer du discours « réseau intégré » à la concrétisation réelle de ce concept. Outre les structures, les professions, les ressources financières et autres, nous sommes appelés à apporter un changement de culture davantage qu'un changement de structure.

Pour ce faire, le Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale a défini un certain nombre de mesures que nous qualifierons de mesures clés.

D'entrée de jeu, il importe que les divers acteurs en santé mentale et les usagers s'approprient le concept d'appropriation du pouvoir des usagers. L'intégration réelle de ce concept aura pour effet d'orienter l'ensemble des actions des divers intervenants en fonction des objectifs de vie poursuivis par les usagers des services. En termes plus clairs, au regard des plans d'intervention, cela implique que les divers intervenants auront à préciser leur contribution à l'atteinte des objectifs ciblés par et pour l'utilisateur.

La seconde mesure clé est l'adoption par le Comité régional de soutien d'un modèle conceptuel sur lequel repose l'organisation des services, soit le modèle du processus de production du handicap (PPH). Ce modèle a pour effet de positionner les finalités du système, soit la réalisation des rôles sociaux, et de situer la dynamique devant exister entre l'utilisateur et les divers éléments externes, dont l'organisation des services, et ce, dans un modèle écologique et dynamique.

La troisième mesure clé est la notion de hiérarchisation des services. L'accent et la priorité sont mis sur les services dits de proximité. Tous les efforts doivent être consentis pour que les personnes trouvent dans leur milieu les services dont elles ont besoin pour remplir leurs rôles sociaux. De même, nous devrions retrouver un niveau de services plus spécialisés (2^e et 3^e lignes) qui aura un double mandat, soit de soutenir les services de proximité et d'assurer, dans une perspective d'épisode de soins, les services spécialisés requis pour que les personnes retrouvent un niveau d'autonomie fonctionnelle.

Dans ce contexte, le rôle des psychiatres doit être repensé. Acteur important dans le réseau de la santé mentale, le psychiatre voit son rôle davantage ciblé, d'une part, comme soutien des équipes de première ligne et, d'autre part, comme expert dans l'intervention faite à l'intérieur d'épisodes de soins. La planification et la coordination des services psychiatriques deviennent des enjeux majeurs, d'où la création d'un comité régional de psychiatrie qui jouera un rôle de premier plan dans l'organisation des services spécialisés et surspécialisés.

La continuité et la complémentarité des services sont des objectifs incontournables. Pour ce faire, une autre clé, soit la création d'une fonction d'intervenant pivot et de modules d'évaluation liaison. Ces mesures structurantes permettront l'accès et la continuité des services à l'intérieur des différentes constituantes du continuum de services.

La cinquième mesure clé est la concertation territoriale des acteurs sectoriels et intersectoriels. La réponse aux besoins des personnes vivant un problème de santé mentale doit devenir un problème partagé par tous, où chacun, dans le respect de ses responsabilités et de son expertise, mettra à contribution ses ressources. Le client n'est donc plus celui du CLSC, du centre hospitalier ou de tel organisme communautaire, mais une personne ayant des besoins spécifiques auxquels les divers acteurs doivent répondre par la concertation et la mise en commun de leurs efforts.

Tout au long des travaux du comité régional, il est ressorti clairement que des réponses nouvelles, en dehors du réseau, doivent être trouvées pour répondre aux divers besoins. En ce sens, la création de structures régionales de concertation intersectorielle se veut une autre mesure clé. Les personnes utilisant les services de santé mentale sont venues dire très clairement aux membres du comité régional que ce qu'elles souhaitent, c'est de pouvoir jouer pleinement leur rôle de citoyen. L'accomplissement de ce rôle passe inévitablement par l'accès à la formation, à l'emploi et au logement. Le réseau de la santé et des services sociaux a un rôle majeur de soutien des personnes dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux; toutefois, les partenaires intersectoriels doivent s'impliquer davantage dans les mesures à mettre en place.

Les membres du comité régional sont fiers du travail accompli. Nous avons la certitude que nous avons en main une planification et des orientations claires et précises qui permettront de mobiliser les énergies vers des objectifs communs.

Je terminerai en remerciant sincèrement toutes les personnes qui ont participé aux travaux des divers chantiers qui ont alimenté le comité régional. Vous avez fait un travail colossal de concertation.

En second lieu, un merci sincère aux membres du Comité régional de soutien qui ont fait preuve d'un professionnalisme hors du commun tout au cours de la démarche. Si, un jour, je vivais un problème de santé mentale, j'aimerais recevoir mes services de cette équipe multidisciplinaire qui placerait au centre de ses préoccupations mes besoins et mes aspirations comme client.

Enfin, comme président, je désire témoigner ma gratitude et mon appréciation à monsieur Daniel La Roche, coordonnateur à la Direction de l'organisation des services à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, qui a réussi, notamment par sa plume, à mettre en forme les diverses orientations qui guideront nos actions futures.

Alors, bienvenue dans le monde fascinant de la santé mentale!

***Jacques Fillion
Directeur de la santé mentale,
de l'intégration et de l'adaptation sociales***

Crédits

Recherche et rédaction

L'équipe santé mentale de la Régie régionale de Québec :

M. Daniel La Roche, coordonnateur et rédacteur principal

M. Gilles Belleau, consultant

M. Bernard Deschênes, conseiller en planification et programmation

M^{me} Valérie Desmeules, secrétaire

M^{me} Pierrette Germain, secrétaire de direction

M^{me} Diane Grenier, conseillère en planification et programmation (jusqu'en janvier 2002)

M^{me} Louise Harvey, secrétaire

M^{me} Natalie Petitclerc, conseillère en planification et programmation

M^{me} Jocelyne Plante, secrétaire

M. Michel Vincent, consultant

Collaboratrices et collaborateurs

M^{me} Lise Binet, Direction de la santé publique

M^{me} Katia Duchesneau, Direction des finances et des immobilisations

M^{me} Louise Grégoire, Direction de la santé publique

M^{me} Lyne Lavoie, Direction de la santé publique

M. Pierre Mercier, Direction de la santé publique

M^{me} Sylvie Turcotte, Direction des finances et des immobilisations

Le 5 juin 2002

Monsieur Michel Fontaine
Directeur général
Régie régionale de la santé
et des services sociaux de Québec
525, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 2S8

Objet : Rapport du Comité régional de soutien

Monsieur le Directeur général,

Nous avons le plaisir, à titre de membres du Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale – services aux adultes, de vous transmettre notre rapport.

Conformément au mandat qui nous a été confié par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, le 21 juin 2001, nous vous soumettons les recommandations et les propositions qui se dégagent de nos travaux.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée en nous accordant ce mandat.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur général, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Jacques Fillion, président
Régie régionale de Québec

D^r Jean-Pierre Bernatchez
Milieu hospitalier

Benoît Côté
Milieu communautaire

Diane Gilbert
Milieu communautaire

D^{re} Linda Girard
Omnipratique

D^{re} Édith Labonté
Milieu hospitalier

Claude Lagueux
Utilisateurs de services

Jean-Pierre Langevin
Parents et proches

Francine Mathieu-Jacques
Milieu hospitalier

André Métivier
CLSC

Julien Michaud
Parents et proches

D^{re} Suzanne Pelchat
Omnipratique

Lucie Prémont
CLSC

Serge Routhier
Milieu hospitalier

André Vincent
Utilisateurs de services

Membres du Comité de soutien

Président : **M. Jacques Fillion**, directeur de la santé mentale,
de l'intégration et de l'adaptation sociales
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Personnes utilisatrices des services

M. Claude Lagueux
Association des personnes utilisatrices des ressources
M. André Vincent
Association des personnes utilisatrices des ressources

Parents et proches¹

M. Jean-Pierre Langevin, président
La Boussole
M. Julien Michaud, président
Le Cercle polaire

Organismes communautaires

M. Benoît Côté, directeur
P.E.C.H.
M^{me} Diane Gilbert, directrice
L'Éveil Charlevoisien

Médecins omnipraticiens

D^{re} Linda Girard, omnipraticienne
Représentante du Département régional de médecine générale
D^{re} Suzanne Pelchat, omnipraticienne
CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau

Territoires locaux

M. André Métivier, directeur général
CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier
M^{me} Lucie Prémont, chef d'administration du programme santé mentale
CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau

¹ Les représentants des parents et proches pouvaient compter sur la disponibilité de deux substituts : M^{me} Agnès Doutriaux, présidente de L'Arc-en-ciel, et M^{me} Julie Villeneuve, présidente de La Marée.

Milieu hospitalier

D^r Jean-Pierre Bernatchez, psychiatre et chef du département de psychiatrie
Centre hospitalier universitaire de Québec

D^{re} Édith Labonté, psychiatre et responsable de l'urgence
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus

M^{me} Francine Mathieu-Jacques, coordonnatrice
Centre hospitalier universitaire de Québec

M. Serge Routhier, adjoint au directeur général
Centre hospitalier Robert-Giffard

Coordination et secrétariat

M^{me} Diane Grenier, conseillère en planification et programmation
(septembre 2001 – janvier 2002)

M. Daniel La Roche, coordonnateur des programmes santé mentale et toxicomanies
(depuis janvier 2002)

Introduction

« Si faire était aussi aisé que savoir
ce qu'il est bon de faire,
les chapelles seraient des églises,
et les chaumières des pauvres gens
des palais de princes. »

Shakespeare, *Le Marchand de Venise*

Les décideurs à l'échelle mondiale le disent, la santé mentale des populations est de plus en plus menacée. Notre société émet d'ailleurs des signaux puissants : dépressions, stress croissant, tensions et conflits dans les relations, prise en charge insuffisante et isolement de groupes vulnérables, consommation et abus de drogues, abus sexuels, délits violents, rage au volant. Les conditions de vie et de travail stressantes, l'individualisme en constante augmentation, le vieillissement de la population qui va s'accélérer encore pour quelques années, le soutien « naturel » de moins en moins présent, plusieurs éléments épars contribuent à fragiliser nos concitoyens.

La santé est un état complet de bien-être physique, social et psychique, et pas seulement l'absence de maladie ou de déficience. C'est en substance la définition que l'Organisation mondiale de la santé en donne. Nous partageons cette conception biopsychosociale de la santé et nous croyons que le bien-être passe souvent par l'environnement dans lequel nous vivons, et que se sentir lié et intégré dans le tissu social et le milieu naturel est à la base du bien-être auquel nous faisons référence.

Les aspects liés à la santé mentale des individus ne doivent pas être isolés de ceux liés à la santé en général. Ainsi, l'organisation générale de notre réseau sociosanitaire doit en prendre pleinement conscience et donner aux soins et services de santé mentale la place qui leur revient, en évitant toute manœuvre d'isolement.

La santé mentale correspond fondamentalement à la capacité des individus de faire face aux problèmes de l'existence, aux maladies et aux troubles psychiques. L'individu en bonne santé mentale aura le sentiment de pouvoir contrôler et de prévoir dans une certaine mesure les événements susceptibles d'affecter son environnement. Promouvoir la santé mentale deviendra donc une façon d'encourager les individus et les groupes sociaux à acquérir une plus grande maîtrise des facteurs qui affectent leur santé.

Voilà, pour l'essentiel, l'esprit qui a animé les travaux du Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale pour les adultes de la région de Québec. Confrontés à une problématique complexe, aux facettes multiples et difficilement comparables, les membres de notre comité ont été souvent placés devant des choix difficiles, qui faisaient appel au dépassement, à la solidarité, conduisant même à secondariser les groupes et les organisations représentés au profit d'un regard collectif.

Ce regard posé sur la réalité de l'organisation des services de santé mentale se veut empreint d'humilité. Tout comme les problèmes de santé mentale sont multiples et qu'ils dépendent souvent du contexte social dans lequel ils surgissent, des ressources et du vécu de chaque personne qui en est affectée, les solutions seront, elles aussi, multiples, variées, tant au regard du dispensateur que du traitement, entendu dans son acception la plus large. Aussi, malgré que le filet de la recherche se resserre autour de la composante biologique inhérente à certains troubles, l'impact des soins de santé mentale ne doit pas être surestimé et nous devons tenter de leur donner la juste place qui leur revient dans l'effort global que doit assumer notre société en matière de santé.

En effet, le chemin parcouru pour la rédaction de ce rapport nous a permis plus que jamais de faire le constat que la santé mentale est tributaire de bien d'autres aspects et secteurs qui échappent à la juridiction du réseau de la santé et des services sociaux : l'accès à l'emploi, les conditions de travail, le logement, la formation, les loisirs, les transports, etc. Tant en amont qu'en aval des problèmes de santé mentale, c'est dans des partenariats à développer ou à consolider que se trouvent bon nombre de solutions novatrices, de réponses mieux articulées, d'actions plus adéquates au regard des efforts que nous voulons voir déployés pour le maintien ou le recouvrement de la santé des individus.

Nous espérons que les résultats des travaux que nous complétons par le dépôt de ce rapport sont un pas significatif de plus dans la longue marche que représentent les aspirations collectives d'un devenir meilleur des hommes et des femmes qui sont aux prises avec un problème de santé mentale.

1. Contexte

Contexte international

Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son rapport sur la santé dans le monde², proposait dix recommandations concernant les mesures à prendre pour la prestation des services et leur planification :

- traiter les troubles au niveau des soins primaires;
- assurer la disponibilité des psychotropes;
- soigner au sein de la communauté;
- éduquer le grand public;
- associer les communautés, les familles et les consommateurs;
- adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national;
- développer les ressources humaines;
- établir des liens avec d'autres secteurs;
- surveiller la santé mentale des communautés;
- soutenir la recherche.

Dans les recommandations de l'OMS, un scénario d'organisation des services est proposé pour les pays ayant le plus de ressources et vise l'amélioration de la prise en charge des troubles mentaux au niveau des soins de santé primaires, la facilitation de l'accès aux nouveaux médicaments et la mise en place de structures de soins communautaires pouvant assurer une couverture à 100 %.

Tant dans les travaux des différents groupes de travail sur les services spécialisés et surspécialisés, sur l'accès au logement, sur la formation et le travail, que dans ceux du Comité régional de soutien, l'esprit de la réflexion de l'OMS est présent et supporte la définition de bon nombre des orientations retenues dans le présent rapport.

Contexte national

Depuis l'adoption en 1989 de la Politique de santé mentale, de nombreux travaux et réflexions sont venus marquer le développement des services de santé mentale au Québec. La complétude de la désinstitutionalisation, le plan de transformation (1995) puis le plan de consolidation des services (1999), l'adoption de la Politique de la santé et du bien-être (1992), le bilan d'implantation de la Politique de santé mentale (1997), le plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (1998), le Forum sur la santé mentale

² Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, 2001.

(2000) sont des éléments majeurs de la transformation des services au cours des dernières années.

La publication, l'an dernier, de l'avis du Conseil médical du Québec (CMQ) sur les maladies mentales vient faire écho aux avis de l'OMS et aux orientations données par le ministère de la Santé et des Services sociaux ces dernières années, en soutenant la nécessité d'un maintien accru dans la communauté des « patientes et patients atteints de troubles mentaux sévères et persistants³ ».

Dans son avis, le CMQ insiste sur le caractère incontournable de la diffusion des connaissances et précise certains paramètres de l'organisation des services médicaux en psychiatrie. Ses orientations vont dans le sens d'un rôle accru de la première ligne dans les services de base à offrir aux personnes présentant un problème de santé mentale, bien appuyée toutefois par une deuxième ligne prête à soutenir les omnipraticiens (diagnostic, établissement d'un plan de traitement biopsychosocial, etc.) et inscrite dans des modèles de consultation-liaison et de soins partagés.

En ce qui concerne les services spécialisés, le CMQ reprend le principe de la hiérarchisation des soins auquel le Comité régional de soutien a largement adhéré et qui fait l'objet d'une présentation détaillée plus loin dans ce rapport.

Contexte régional

En avril 2001, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec adoptait un plan d'action⁴ pour 2001-2002 concernant la consolidation et la transformation des services de santé mentale pour les adultes dans la région de Québec.

Trois grandes priorités d'action avaient alors été retenues :

- la consolidation des services et leur organisation en réseaux intégrés sur les territoires locaux, en lien avec les services spécialisés et surspécialisés;
- des services spécialisés et surspécialisés accessibles, coordonnés, continus et en soutien aux services et aux intervenants locaux;
- des démarches de soutien à l'intégration sociale, dans les domaines de la formation, du travail et du logement.

³ Conseil médical du Québec. Avis. Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Montréal, avril 2001.

⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. La consolidation et la transformation des services de santé mentale dans la région de Québec – Services aux adultes. Plan d'action 2001-2002. Québec, avril 2001.

Parallèlement, et c'est pourquoi le présent rapport n'entrera pas dans les détails de certains thèmes, un certain nombre de démarches étaient déjà entreprises dans la région de Québec et se sont poursuivies ou complétées depuis l'adoption du plan d'action. C'est notamment le cas dans les dossiers du suicide, de l'itinérance, des immigrants et des personnes réfugiées, des personnes présentant une double problématique de santé mentale et de toxicomanie ou de santé mentale et de déficience intellectuelle, des personnes visées par l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, des femmes aux prises avec des conditions de vie précaires et des situations de violence, des personnes présentant des troubles de la conduite sexuelle, de la clientèle judiciairisée, qu'elle soit sous ordonnance de la Cour criminelle ou sous la responsabilité des services correctionnels.

Comme le titre en fait état, nous rappelons que le présent rapport concerne la clientèle adulte, celles des enfants et des jeunes ayant déjà fait l'objet d'une démarche spécifique⁵. Toutefois, nous traiterons (chapitre 6.2) de la nécessité d'établir des ponts entre les services de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie offerts aux adultes. Sans chaque fois le préciser, la réflexion soutenue dans ce rapport englobe toutes les personnes présentant un problème de santé mentale ou dont la santé mentale est menacée.

La démarche amorcée par le plan d'action 2001-2002 a donc été de mettre au travail la région dans son ensemble autour de préoccupations liées à l'organisation des services de santé mentale.

Sur le plan territorial, sept groupes de travail ont été mis en place sous les auspices des CLSC auxquels on demandait de « piloter une démarche de partenariat devant conduire à l'élaboration d'un plan d'intégration des services sur leur territoire respectif ». Ces démarches ont donné lieu à la publication de sept rapports distincts qui ont fait l'objet de présentations devant un Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale⁶, lui aussi créé dans le cadre du plan d'action.

Sur le plan régional, trois groupes de travail ont été invités à se pencher sur trois thèmes sectoriels majeurs : les services spécialisés et surspécialisés⁷; la formation et l'intégration au travail; et l'accès au logement. Trois rapports issus de ces groupes de travail ont fait également l'objet de présentations devant le Comité régional de soutien.

⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Réseau de services en santé mentale et en pédopsychiatrie de la région de Québec à l'intention des enfants et des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. Québec, avril 1999.

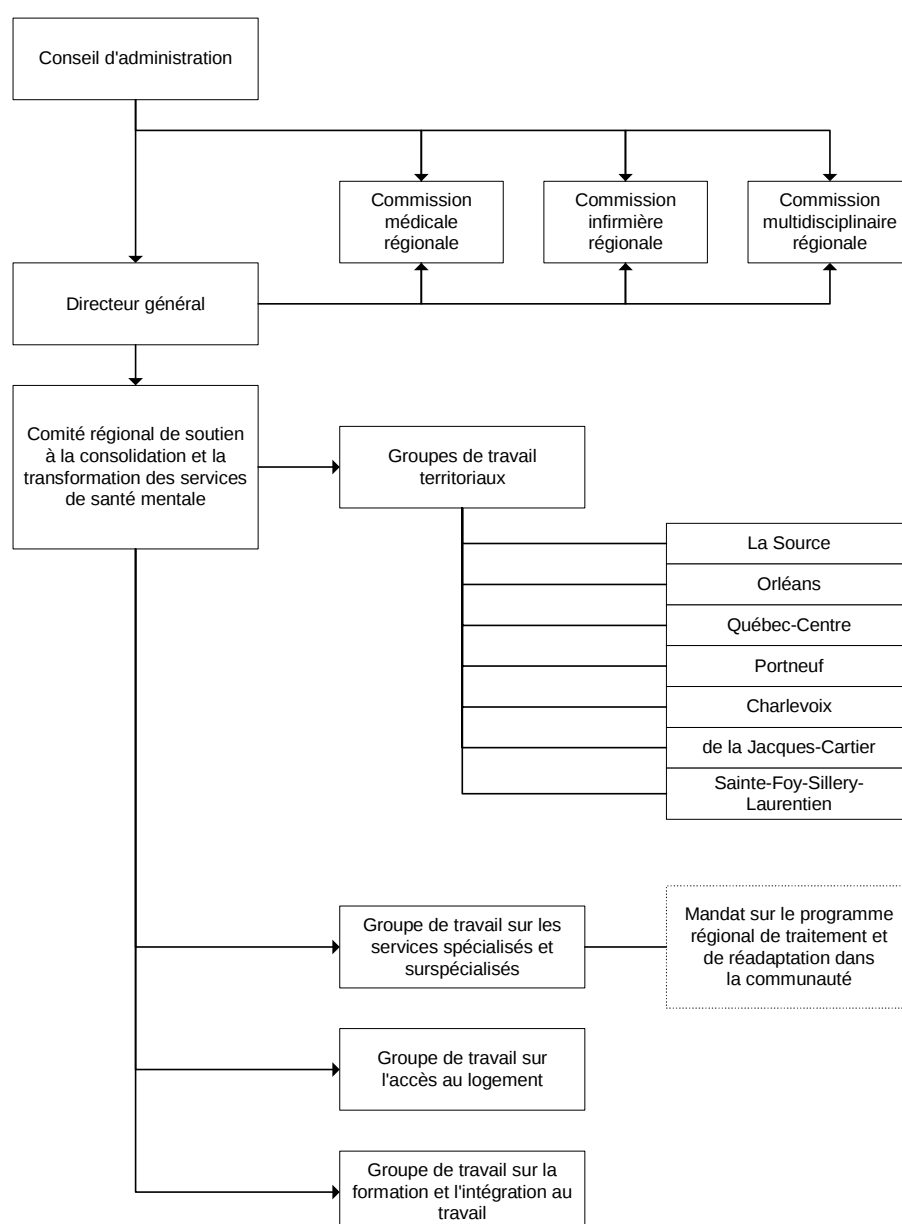
⁶ Pour la suite du texte, l'appellation écourtée « Comité régional de soutien » sera utilisée aux fins de simplification.

⁷ Un thème a été ajouté au mandat de ce groupe de travail et concernait l'organisation d'un programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté.

Outre l'analyse de l'ensemble des rapports soumis par les groupes de travail territoriaux et régionaux, le Comité régional de soutien a eu à examiner la pertinence des résultats des démarches, la cohérence des planifications et des propositions soumises et la faisabilité de la mise en œuvre de l'ensemble. C'est ce regard critique sur l'ensemble de la démarche qui est le fruit du présent rapport soumis à l'attention de la direction générale de la Régie régionale de Québec.

L'organigramme qui suit présente un rappel schématique de la démarche que nous venons d'évoquer.

Tableau 1 – Structure de la démarche



2. État de situation

Nous présentons ici quelques éléments que nous estimons utiles à la compréhension des recommandations qui sont faites dans ce rapport.

La clientèle et l'ampleur des problèmes

Globalement, la clientèle ayant des problèmes de santé mentale se partage en trois grands groupes :

- les personnes présentant un trouble mental grave;
- les personnes présentant un trouble mental transitoire ou dont la santé mentale est menacée;
- le programme de santé mentale vise également les problématiques du suicide, de l'itinérance, les troubles du comportement sexuel, les troubles de la conduite alimentaire. Les personnes présentant de multiples problématiques sont également considérées dans ce programme.

L'OMS prévoit que « d'ici 2020, la charge de morbidité qui leur est imputable (aux maladies mentales) aura atteint 15 %.⁸ » Le CMQ est d'avis qu'« une personne sur cinq (20 %) souffrira de maladie mentale cliniquement diagnosticable au cours d'une période d'un an⁹ ».

Toujours selon le CMQ, les maladies mentales ayant le taux de prévalence le plus élevé sont le regroupement des troubles anxieux (11,4 %) et celui des troubles thymiques (4,4 %).

Selon d'autres sources (National Advisory Mental Health Council, 1993), 20 % de la population adulte en général serait affectée au cours de son existence par un problème de santé mentale, soit pour notre région environ 114 500 personnes. De ce nombre, 12,8 %, soit environ 14 500 personnes, souffriraient de troubles mentaux graves.

Selon le portrait de santé préparé par l'Institut national de santé publique¹⁰, en 1998, 22,8 % des personnes de 15 ans et plus avaient un niveau élevé de détresse psychologique (115 000 personnes pour notre région). Au regard du suicide sur le plan territorial, il est à noter que les territoires Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Portneuf sont en déséquilibre par rapport à l'ensemble de la région et présentent des indices très élevés de suicide, et plus particulièrement chez les hommes dans Portneuf.

⁸ Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, 2001, p. 19.

⁹ Conseil médical du Québec. Avis. Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Montréal, avril 2001.

¹⁰ Institut national de santé publique du Québec. Le portrait de santé. Le Québec et ses régions. Québec, novembre 2001.

D'autres différences entre les territoires sont dues à des facteurs urbains, telle l'attraction des centres villes. Le centre-ville de Québec (territoires Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville-des-Rivières) présente ainsi une forte population de personnes itinérantes. Les personnes présentant de multiples problématiques (comorbidités diverses) y sont également surreprésentées.

Présentation de la région et des territoires

La région de Québec est la troisième en importance par sa population. Tout comme pour le reste du Québec, la population de la région vieillit, elle vieillit même plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec. Les jeunes sont moins nombreux et les personnes âgées plus présentes. La population de la région de Québec est plutôt homogène, le français domine largement et l'immigration y est faible. La proportion des personnes vivant seules est plus élevée que dans l'ensemble du Québec. Sur le plan socio-économique, peu de choses différencient la région de Québec, si ce n'est la scolarité qui y est plus élevée¹¹.

Tableau 2 – Population des territoires de la région de Québec¹²

Territoire	Population estimée en 2001	
Basse-Ville – Limoilou – Vanier	17 ans et –	11 195
	18 à 64 ans	51 990
	65 à 74 ans	9 238
	75 ans et +	8 305
	Total	81 028
Haute-Ville-des-Rivières	17 ans et –	10 735
	18 à 64 ans	52 004
	65 à 74 ans	5 972
	75 ans et +	6 904
	Total	75 615
<i>Nous présentons un regroupement des deux territoires précédents à titre indicatif seulement.</i>		
Québec-Centre ¹³	17 ans et –	21 930
	18 à 64 ans	103 994
	65 à 74 ans	15 210
	75 ans et +	15 209
	Total	156 354

¹¹ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Caractéristiques démographiques et économiques de la région de Québec et des territoires locaux*. Québec, novembre 2000.

¹² Vous trouverez en annexe VIII la présentation cartographique de la région de Québec.

¹³ Il s'agit d'un territoire local regroupant deux territoires de CLSC : CLSC-CHSLs Basse-Ville – Limoilou – Vanier et CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières.

Tableau 2 – Population des territoires de la région de Québec (suite)

Territoire	Population estimée en 2001	
Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	17 ans et –	21 841
	18 à 64 ans	90 298
	65 à 74 ans	10 544
	75 ans et +	8 184
	Total	130 867
De la Jacques-Cartier	17 ans et –	23 186
	18 à 64 ans	58 567
	65 à 74 ans	3 401
	75 ans et +	1 831
	Total	86 985
La Source	17 ans et –	18 478
	18 à 64 ans	63 692
	65 à 74 ans	6 223
	75 ans et +	3 235
	Total	91 628
Orléans	17 ans et –	21 712
	18 à 64 ans	71 394
	65 à 74 ans	7 530
	75 ans et +	5 661
	Total	106 297
Portneuf	17 ans et –	9 039
	18 à 64 ans	29 578
	65 à 74 ans	4 198
	75 ans et +	3 196
	Total	46 011
Charlevoix	17 ans et –	5 464
	18 à 64 ans	19 784
	65 à 74 ans	2 841
	75 ans et +	2 174
	Total	30 263
Total de la région de Québec	17 ans et –	121 650
	18 à 64 ans	437 307
	65 à 74 ans	49 947
	75 ans et +	39 790
	Total	646 694¹⁴
Total du Québec		7 399 931

¹⁴ Soit 8,7 % de la population totale du Québec.

Commentaire sur le territoire de Québec-Centre

Nous savons que, sur le plan sociologique, les milieux urbains à forte densité ont toujours été des pôles d'attraction pour la clientèle présentant un écart à la « norme sociale ». L'anonymat, la possibilité de trouver plus facilement certaines substances psychoactives, la multitude d'activités et d'expériences disponibles, la présence d'autres personnes présentant les mêmes caractéristiques que soi, la disponibilité de logements à prix abordables (chambres, chambres et pension), la plus grande tolérance généralement rencontrée face à l'écart à la norme, sont autant de raisons qui motivent la migration vers les centres-villes et contribuent à la surreprésentation des personnes présentant un problème de santé mentale.

La présence d'un grand nombre de ces personnes au centre-ville, qu'elles y soient résidentes ou pas, comme c'est le cas pour les personnes itinérantes, crée une pression particulière sur les systèmes de services et de soins, qu'ils soient publics, privés¹⁵ ou communautaires. Malgré qu'elle soit nommée, les efforts pour quantifier cette affluence ne sont pas probants et ne rendent pas justice à la réalité du terrain.

Nous établissons toutefois un lien très net entre cette affluence et le développement de bon nombre de ressources dans les quartiers centraux.

Selon une autre lecture du même phénomène, la présence de nombreux organismes offrant un ensemble de services assez diversifiés dans les quartiers centraux attire la clientèle vers ces quartiers. Cette attraction, selon la lecture qu'on en fait, accentuerait potentiellement la migration de la clientèle présentant des problèmes de santé mentale vers des territoires où elle est déjà surreprésentée¹⁶.

Il serait réductif de ne s'en tenir qu'à une seule interprétation d'une réalité qui est particulièrement complexe et qui relève sans doute d'une interaction multifactorielle encore plus étendue que celle que nous venons d'évoquer.

Au-delà, la littérature n'est pas très loquace à ce sujet, mais mentionnons toutefois que quelques textes abordent certaines caractéristiques des clientèles présentant des problèmes de santé mentale et qui sont installées dans les centres-villes ou les fréquentent : itinérance, doubles problématiques diverses dont la toxicomanie, clientèle moins stable, etc. Il serait intéressant de mener une réflexion plus poussée sur ces éléments et de tenter de les objectiver dans d'éventuelles études portant sur la clientèle de Québec-Centre.

¹⁵ Nous incluons ici les communautés et groupes religieux qui soutiennent particulièrement la lutte à la pauvreté et qui côtoient régulièrement la clientèle à laquelle nous nous référons ici.

¹⁶ La surreprésentation doit être interprétée ici comme un jugement « statistique » par rapport aux autres territoires de la région de Québec.

L'organisation des services

Les tableaux des pages suivantes présentent le portrait de l'organisation des services spécialisés et surspécialisés de santé mentale. Ils ont été préparés à partir du contour budgétaire des établissements concernés et plus particulièrement de deux documents : le « Modèle d'organisation des services du Centre hospitalier Robert-Giffard », daté du 18 mars 1999, et « Les services de psychiatrie sous la responsabilité du département de psychiatrie du CHUQ », daté du 19 juin 1998. Des ajustements ont été apportés par le Comité régional de soutien lors de ses travaux.

Tableau 3 – Portrait actuel de l'organisation fonctionnelle des services spécialisés et surspécialisés de santé mentale (services aux adultes)

La région compte quatre départements de psychiatrie : le Centre hospitalier Robert-Giffard [CHRG] (incluant les activités de la Clinique Roy-Rousseau [CRR]), le Centre hospitalier universitaire de Québec [CHUQ] (L'Hôtel-Dieu de Québec [HDQ] et le Centre hospitalier de l'Université Laval [CHUL] sont réunis en un seul département), le Centre hospitalier affilié universitaire [CHA] (Hôpital de l'Enfant-Jésus [HEJ] et l'Hôpital du Saint-Sacrement [HSS] sont réunis en un seul département) et le Centre hospitalier de Charlevoix [CHC] (assurant une couverture pour le Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie [CHMJ]). Les données présentées dans ce tableau proviennent en grande partie du contour financier des établissements.

Établissements Ressources Territoire	CHRG / Clinique Roy-Rousseau		CHUQ ⁽²⁾		CHA		CH de Charlevoix et CH de La Malbaie	
	Internes	Externes	Internes	Externes	Internes	Externes	Internes	Externes
Territoire Est Orléans La Source Basse-Ville – Li- moilou – Vanier Charlevoix	60 cd / CRR	Clinique externe Hôpital de jour Cliniques spéciali- sées Clinique d'évaluation-liaison Unité de traitement psychiatrique ambu- latoire			44 cd / EJ Centre de jour ⁽³⁾	Clinique externe HEJ Urgence psych. ⁽¹⁾ Consultation liaison	4 cd / CHC	Hôpital de jour / CHC Urgence dans les 2 CH
Territoire Ouest Haute-Ville-des- Rivières Sainte-Foy – Sillery – Laurentien Jacques-Cartier Portneuf			28 cd / CHUL 33 cd / HDQ 4 lits trait. bref 5 lits gérontop	Hôpital de jour Clinique externe Cliniques spéciali- sées Consultation-liaison Urgences (CHUL et HDQ) Consultations exter- nes générales	20 cd / HSS	Urgence HSS Clinique externe HSS Consultation-liaison		
L'Hôpital Laval a un département de psychiatrie qui ne dispose pas de lits. Toutefois, des services de clinique externe sont dispensés.								

(1) L'urgence psychiatrique de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus dessert tout le territoire Est, à l'exception de Charlevoix. Elle a été constituée à la suite d'une entente convenue entre le CHA et le CHRG. Les départements de psychiatrie de ces deux établissements sont sous la responsabilité d'une autorité clinique unique, c'est-à-dire d'un seul chef de département.

(2) Voir le tableau 4 pour plus de détails concernant les services surspécialisés, considérés à vocation « régionale » au CHRG et au CHUQ.

(3) Sera transféré sous peu au CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier.

**Tableau 3 – Portrait actuel de l'organisation fonctionnelle des services spécialisés et surspécialisés de santé mentale (services aux adultes)
(suite)**

Établissements Ressources Territoire	CHSP		CHUQ		CHA		CH de Charlevoix et CH de La Malbaie	
	CHRG / Clinique Roy-Rousseau	CHSP	CHUL / L'Hôtel-Dieu de Québec	CHUQ	Enfant-Jésus / Saint-Sacrement	CHA	Internes	Externes
Région ⁽²⁾	Internes 20 géroto ^Y / CRR 80 md / CHRG 60 ld / CHRG 18 m. légal / CHRG 100 lits DI 571 lits CHSLD	Externes CTR de Nemours CTR Quatre-Saisons 388 St-Vallier Clinique du Fau- bourg Clinique Notre- Dame des Victoires CTC Benoît XV Clinique de sexolo- gie Volet externe du programme DI/SM Clinique de comor- bidité SM/toxicomanie Gérontopsychiatrie Clinique m. légal en milieu carcéral	Internes Clinique des trou- bles alimentaires Clinique du tran- sexualisme	Externes Clinique de Ψ périna- tale	Internes	Externes	Internes	Externes

cd = Lits de courte durée
md = Lits de moyenne durée
ld = Lits de longue durée
CHSLD = Soins psychiatriques et physiques, dont 20 lits de médecine.
géroto^Y = gérontopsychiatrie
m. légal = Lits réservés aux services médico-légaux
DI = Lits occupés par clientèle en déficience intellectuelle en voie de transfert vers les CRDI ou dans la communauté

Tableau 4 – Services surspécialisés, considérés à vocation « régionale » au CHRG, au CHUQ et au CHA

CHRG	CHUQ et CHA
1. Services surspécialisés dispensés en extrahospitalier - Évaluation et traitement : - des personnes âgées présentant des troubles mentaux complexes (clinique externe, CHSLD) - des personnes présentant une déficience intellectuelle avec psychopathologie (clinique externe, CRDI, CHSGS, CHSLD) - des personnes souffrant de troubles mentaux graves - des prévenus et détenus présentant des troubles mentaux (CDQ) - des personnes présentant une double problématique santé mentale / toxicomanie - des personnes présentant des troubles graves de la conduite sexuelle - des personnes en début de psychose (Clinique Notre-Dame des Victoires) - des personnes présentant des troubles graves de la personnalité limite (Clinique Faubourg St-Jean) - Centres de traitement et de réadaptation dans la communauté (voir tableau 3) - Consultation-liaison en gériopsychiatrie auprès des CHSLD et auprès des CRDI pour les clients présentant une double problématique.	CHUQ - Évaluation et traitement des troubles alimentaires - Évaluation et traitement des étudiants en médecine et autres étudiants universitaires - Évaluation et traitement du transexualisme - Consultation-liaison (oncologie, maladies du sein, maladies cardiaques et pulmonaires, douleurs chroniques, fibrose kystique, troubles de la voix, affections gynécologiques, rhumatologiques, gastro-entérologiques et endocriniennes, VIH-sida, soins palliatifs) À noter que ces services peuvent être dispensés en externe et en interne et également auprès de la clientèle dite territoriale. CHA - Clinique de psychiatrie périnatale En ce qui a trait à la consultation-liaison, mentionnons que le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec⁽¹⁾ (Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement) et l'Hôpital-Laval⁽²⁾ offrent également ce type de services en lien avec des spécialités médico-chirurgicales spécifiques ou non à leur établissement.
2. Services surspécialisés dispensés en intrahospitalier - Hospitalisation et traitement de moyenne durée (clientèle référée par les services extrahospitaliers du CHRG et des CHSGS; usagers référés par le tribunal) - Hospitalisation et traitement de longue durée (clientèle référée par le CHRG et les CHSGS – troubles mentaux graves associés à des problèmes de comportement) - Hospitalisation pour l'évaluation et le traitement en gériopsychiatrie (clientèle référée par les CHSLD, les CHSGS, les CLSC et les omnipraticiens) - Hospitalisation pour évaluation et traitement des personnes atteintes de déficience intellectuelle avec psychopathologie et troubles graves du comportement - Hospitalisation pour évaluation, traitement et garde de prévenus et détenus référés par le tribunal	

Sources :

Pour le CHRG : Centre hospitalier Robert-Giffard. Beauport, mars 1999.
Pour le CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec – Département de psychiatrie. Les services de psychiatrie sous la responsabilité du département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec. Sainte-Foy, juin 1998.

- (1) Traumatologie, neurologie, neurochirurgie, chirurgie maxilo-faciale, grands brûlés, greffe de moelle, particulièrement.
(2) Maladies cardiaques et pulmonaires particulièrement.

Le suivi de la transformation

Voici quelques constats tirés du suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux¹⁷ que nous jugeons utiles de rappeler dans le cadre du présent rapport :

- Le nombre total d'hospitalisations en soins de courte durée en santé mentale dans les établissements de la région de Québec a connu une baisse de 8,4 % (de 4 610 à 4 222). Cette baisse est survenue principalement dans les établissements dont la vocation a été modifiée, dans les établissements psychiatriques et dans les établissements en périphérie du Québec-Métro, alors que globalement le CHUQ et le CHA ont enregistré des hausses.
- Les écarts de la DMS entre les établissements peuvent être attribués à plusieurs facteurs pouvant différencier les milieux : les modes de pratique différents, la présence d'alternatives à l'hospitalisation, la proportion plus ou moins élevée de transferts des cas dans d'autres milieux et le profil de la clientèle.
- Pour la population de la région de Québec, depuis 1994-1995, on observe une diminution de 8 % du taux d'hospitalisation en soins de courte durée en santé mentale. Ce taux se situe à 72/10 000 en 1997-1998. Cette diminution est significativement attribuable à la diminution du taux d'hospitalisation pour trouble névrotique. Pour le diagnostic de psychose, le taux d'hospitalisation est demeuré relativement constant à la fois pour l'ensemble des psychoses et pour chacun des sous-ensembles de diagnostic. Le taux d'hospitalisation est significativement plus élevé pour la catégorie psychose que pour les troubles névrotiques : en 1997-1998, ces taux sont de 38/10 000 et 33/10 000 respectivement. Le taux d'hospitalisation pour psychose affective est légèrement supérieur à celui associé à la schizophrénie.
- Depuis 1994-1995, la durée moyenne de séjour en soins de courte durée en santé mentale a diminué de plus de 18 % pour se situer à 26,5 jours en 1997-1998. Cette diminution vaut autant pour les troubles névrotiques que pour les psychoses. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour est plus élevée pour les psychoses que pour les troubles névrotiques : en 1997-1998, cette moyenne était de 35,7 jours pour les psychoses et 15,4 jours pour les troubles névrotiques. Dans la catégorie psychose, c'est au diagnostic de schizophrénie qu'est associé le plus long séjour moyen (49,4 jours).

¹⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux. Québec, 2000, p. 14 et 27.

- L'analyse par territoire local indique également une diminution du taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour en soins de santé mentale. En 1997-1998, le taux d'hospitalisation est le plus élevé dans Québec-Centre (120/10 000) et Charlevoix (91/10 000). Dans les autres territoires, le taux se situe en bas du taux régional (72/10 000). Pour la durée moyenne de séjour, c'est le territoire de Beauport/Orléans qui affiche la valeur la plus élevée (31 jours) et Charlevoix, la plus faible (16 jours). Pour les autres territoires, la valeur est semblable à la moyenne régionale (27 jours).

Dans le profil des hospitalisations en soins de courte durée psychiatrique¹⁸ préparé par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Québec, un certain nombre de constats sont établis pour les résidents âgés de 18 ans et plus :

- Les troubles mentaux majeurs sont le regroupement diagnostique responsable de la plus grande proportion des hospitalisations de courte durée psychiatrique.
- Les troubles de l'humeur (42 %) et la schizophrénie (32 %) sont les plus importantes causes d'hospitalisation parmi les troubles mentaux majeurs.
- Les personnes âgées de 18 à 64 ans (74 %) représentent le groupe d'âge pour lequel les hospitalisations sont les plus nombreuses, notamment pour les troubles mentaux majeurs (73 %). De même, chez les 65 à 74 ans, les troubles mentaux majeurs (73 %) sont la première cause de ces hospitalisations. Par contre, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, les hospitalisations pour démence et états psychotiques organiques (66 %) sont les plus fréquentes.
- Les hospitalisations sont plus nombreuses chez les femmes (60 %) que chez les hommes (40 %), quel que soit le groupe d'âge et quel que soit le regroupement diagnostique, sauf pour la schizophrénie et pour la démence chez les personnes âgées de 18 à 64 ans.

Dans ce même document, la Direction de la santé publique fait valoir un certain nombre de constats en fonction des territoires de CLSC :

- Le territoire Basse-Ville–Limoilou–Vanier se démarque par l'importance relative élevée du nombre de personnes hospitalisées, quel que soit le regroupement diagnostique étudié.
- Le territoire de Charlevoix se distingue par l'importance relative élevée du nombre de personnes hospitalisées pour troubles transitoires.

¹⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec – Direction de la santé publique. Profil des hospitalisations en soins de courte durée psychiatrique pour les résidents de la région 03 – 1998-1999. Québec, septembre 2001, pp. 22-23.

- Les territoires Sainte-Foy–Sillery–Laurentien et de la Jacques-Cartier se démarquent par l'importance relative moins élevée du nombre de personnes hospitalisées pour troubles mentaux majeurs et troubles transitoires.
- L'importance relative des personnes hospitalisées et les taux standardisés des territoires La Source et Orléans sont comparables à ceux de la région.

Effectif psychiatrique

Quant à l'effectif psychiatrique, il fait l'objet d'une présentation particulière dans la section 5.13 du présent rapport.

CLSC

Le tableau suivant est une « photo prise sur trois périodes (avril, mai et juin 1999) pour identifier le nombre d’usagers suivis et la cohorte moyenne par intervenants tous titres d’emploi confondus¹⁹ ».

Tableau 5 – Nombre d’usagers suivis, nombre de postes concernés par le suivi et cohorte moyenne d’usagers par intervenant selon les catégories de clientèle des CLSC des territoires Nord-est, Sud-ouest et de Charlevoix dans les mois d’avril, mai et juin 1999

CLSC	Nombre d’usagers suivis	Nombre de postes	Cohorte moyenne d’usagers
	Majeurs	Majeurs	Majeurs
TERRITOIRE NORD-EST			
CLSC Orléans	385	11,0	35,0
CLSC La Source	346 ²⁰	8,5	40,7
CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier	739	19,6	37,7
TERRITOIRE SUD-OUEST			
CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières	192	4,3	44,6
CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	335	9,6	31,6
CLSC de la Jacques-Cartier ²¹	255	9,2	27,7
CLSC et CHSLD de Portneuf	70	2,9	24,1
TERRITOIRE DE CHARLEVOIX			
CLSC Charlevoix	64	3,0 ²²	21,3

¹⁹ Cette citation ainsi que le tableau qui suit sont extraits de : Table des gestionnaires du programme adultes/santé mentale des CLSC de la région de Québec, Table des directeurs généraux en CLSC et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. État de situation de l’organisation des services du programme adultes/santé mentale des CLSC de la région de Québec. Québec, août 2001.

²⁰ Environ 57 personnes ayant bénéficié des services de La Maisonnée et vivant hors du territoire du CLSC La Source sont desservies par l’équipe de suivi dans la communauté du CLSC La Source malgré l’existence du programme de suivi dans la communauté dans chaque CLSC de la région.

²¹ Les données du CLSC de la Jacques-Cartier ne tiennent compte que des clientèles majeures et transitoires, celle dont la santé mentale est menacée étant desservie par l’AEO.

²² N’inclut pas le 0,7 poste de médecin.

Organismes communautaires

Dans la région de Québec 43 organismes communautaires œuvrent dans le champ de la santé mentale, dont près des deux tiers dans les territoires de Québec-Centre :

Tableau 6 – Répartition des organismes de santé mentale dans les territoires et poids relatif de leur budget (octobre 2001)

Territoires	Nombre d'organismes	Organismes % vs région	Budget % vs région
Basse-Ville – Limoilou – Vanier	18	44 %	43 %
Haute-Ville-des-Rivières	8	20 %	39 %
<i>Ce regroupement est présenté à titre indicatif seulement.</i>			
<i>Ce territoire regroupe de nombreuses ressources et un important budget consacré à des fonctions et activités à caractère régional.</i>			
Québec-Centre	26	64 %	82 %
La Source	4	10 %	1 %
Orléans	2	5 %	0,7 %
Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	3	7 %	1,5 %
De la Jacques-Cartier	2	5 %	3 %
Portneuf	1	2 %	3 %
Charlevoix	3	7 %	8 %
Sous-total	41	100 %	100 %
RRNISM ²³	1		
RAIIQ ²⁴	1		
Total	43		

Le même tableau déployé pour faire état du poids relatif des budgets en présence nous montre que plus de 80 % des budgets sont regroupés dans les territoires de Québec-Centre²⁵.

Le tableau des pages suivantes trace un portrait de ces organismes en fonction de leurs champs d'activité.

²³ Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale (RRNISM).

²⁴ Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ).

²⁵ Comprend notamment les budgets de P.E.C.H., de Le Pavois, de Croissance Travail, du Centre de crise de Québec et du Centre de prévention du suicide, organismes à portée régionale.

Tableau 7 – Portrait des organismes communautaires par territoire et champ d'activité (répartition) au 1^{er} janvier 2002

Champs d'activité Territoires	Entraide entre pairs	Soutien aux parents et aux proches	Soutien au logement Hébergement temporaire	Intervention en situation de crise	Suivi dans la communauté	Intégration / Réadaptation socioprofessionnelle	Défense des droits	Prévention – Promotion Sensibilisation ⁽¹⁾
Basse-Ville – Limoilou – Vanier	- Centre trouble affectif bipolaire - Centre de jour Feu Vert - Centre comm. L'Amitié - Soleil Brillant - Demi-Lune				- Relais La Chaumière - Athénée - O.C.E.A.N.	- Athénée		
Haute-Ville-Des-Rivières	- Centre social Croix- Blanche				- L'Archipel d'Entraide - Athénée - O.C.E.A.N.	- Athénée		CLSC-CHSLD Haute-Ville- Des-Rivières – Projet « Bien dans sa tête – Bien dans sa peau »
La Source	- O.S.M.O.S.E. - Centre de jour L'Envoi - L'Aidant							
Orléans	- Libre Espace Orléans - Communauté Agapè				- Communauté Agapè	- L'Appui - La Ferme SMA		
St-Foy – Sillery – Laurentien	- Centre trouble affectif bipolaire - Centre d'Entraide Émo- tions - Le Verger					- Le Pavois		Maison de transition L'Éclaircie
De la Jacques-Cartier	- Service d'entraide L'Espoir				- Service d'entraide L'Espoir	- Le Pavois - Croissance- Renaissance		
Portneuf	- L'Arc-en-ciel	- L'Arc-en-ciel	- L'Arc-en-ciel		- L'Arc-en-ciel	- L'Arc-en-ciel	- Auto-Psy	L'Arc-en-ciel par le Comité prévention suicide Portneuf Centre de santé de Portneuf – « Bien dans sa tête – Bien dans sa peau » Campagne de sensibilisation aux maladies mentales
Charlevoix	- L'Éveil charlevoisien	- La Marée - Centre prévention suicide Charlevoix	- L'Éveil charlevoisien		- L'Éveil charlevoisien - Comité prévention suicide Charlevoix	- L'Éveil charlevoisien - L'Appui	- Auto-Psy	

Tableau 7 – Portrait des organismes communautaires par territoire et champ d'activité (répartition) au 1^{er} janvier 2002 (suite)

Champs d'activité Territoires	Entraide entre pairs	Soutien aux parents et aux proches	Soutien au logement Hébergement temporaire	Intervention en situation de crise	Suivi dans la communauté	Intégration / Réadaptation socioprofessionnelle	Défense des droits	Prévention – Promotion Sensibilisation
Sous-régional Territoire Québec-Métro	- Maison de transition L'Éclaircie - Centre Parrainage civique - Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale de la région de Québec - L'Aidant - Prière-Secours	- La Boussole - Le Cercle polaire	- P.E.C.H. - Archipel d'Entraide - Maison de Lauberivière	- Centre de crise de Québec - Tel-Aide - Centre de prévention du suicide - P.E.C.H.	- P.E.C.H. - Athénée - Centre de prévention du suicide - O.C.E.A.N.	- Athénée - La Coterie - Croissance-Travail - Le Pavois - Équitravail - P.E.C.H. - Maison de transition L'Éclaircie - Handi-A	- Auto-Psy	- La Boussole - O.C.E.A.N. - Maison de L'Éclaircie
Champs d'activité Territoires	Entraide entre pairs	Soutien aux parents et aux proches	Soutien au logement Hébergement temporaire	Intervention en situation de crise	Suivi dans la communauté	Intégration / Réadaptation socioprofessionnelle	Défense des droits	Prévention – Promotion Sensibilisation
Régional ⁽²⁾				- Centre de prévention du suicide			- Auto-Psy - Association des personnes utilisatrices des services en santé mentale	- Association canadienne pour la santé mentale

(1) Certains projets mentionnés ici sont liés au financement accordé dans le cadre des Priorités de santé et de bien-être (PSBE). C'est ce qui explique la présence de certains établissements dans la liste. Nous avons voulu toutefois conserver cette information afin de pouvoir faire état de l'effort réalisé en prévention, promotion de la santé et sensibilisation.

(2) Sur le plan régional, mentionnons également le rôle du Regroupement des ressources non institutionnelles en santé mentale (RRNISM).

Tableau 8 – Nombre de personnes desservies regroupées par territoire²⁶

Territoires	Année 1997-1998		Année 1998-1999		Année 1999-2000	
	Client régulier	Client occasionnel	Client régulier	Client occasionnel	Client régulier	Client occasionnel
Basse-Ville – Limoilou – Vanier	2 999	6 877	2 757	1 182	4 412	1 367
Haute-Ville-des-Rivières	930	417	878	697	1 627	2 073
Québec-Métro	3 929	7 294	3 635	1 879	6 039	3 440
La Source	486	109	487	339	792	1 484
Orléans	-	-	28	-	15	-
Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	-	-	84	-	204	-
De la Jacques-Cartier	132	125	104	143	92	28
Portneuf	159	321	65	906	312	3 913
Charlevoix	190	439	177	1 829	274	1 863
TOTAL	4 896	8 288	4 580	5 096	7 728	10 728

²⁶ Source : Informations fournies par les organismes communautaires dans leur formulaire de demande de financement au Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) de la Régie régionale de Québec. Ces données ne comprennent pas les personnes desservies par les organismes communautaires suivants : Folie/Culture, l'Association canadienne pour la santé mentale, Centre de prévention du suicide, O.C.E.A.N., Tel-Aide et Prière-Secours, qui relèvent davantage de l'ordre des activités populationnelles.

3. Énoncé des valeurs et des principes

Les valeurs et les principes constituent des guides pour l'action, tant sur le plan de l'organisation que sur celui de la dispensation des services. Ils constituent des repères pour penser la finalité des services et des interventions.

VALEURS ET PRINCIPES EN LIEN AVEC LES UTILISATEURS DES SERVICES ET LEURS PROCHES

L'appropriation du pouvoir d'agir

L'appropriation du pouvoir d'agir²⁷ constitue le noyau autour duquel se sont articulées depuis une dizaine d'années la transformation et la consolidation des services de santé mentale. Le Comité régional de soutien réaffirme la nécessité de placer ce principe au centre des travaux qui sont à réaliser pour mener à terme la consolidation et la transformation du réseau des services offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale.

Les services et les interventions doivent donc permettre de soutenir la personne ayant un problème de santé mentale dans le processus d'appropriation du pouvoir d'agir sur l'ensemble des sphères de sa vie.

Exercice de la citoyenneté

Le Comité régional de soutien considère également que la personne ayant un problème de santé mentale doit être reconnue dans son rôle de citoyen, dans l'amalgame complexe de droits et de responsabilités que cela représente. Comme citoyen, elle est appelée à participer à l'élaboration et à l'évaluation des services qui la concernent. Cependant, s'assurer de l'exercice de la citoyenneté nécessite de répondre, comme société, aux exigences de l'intégration sociale. À ce titre, l'accès à des services dans la communauté, à un logement de qualité à un prix abordable et à un travail gratifiant constitue notamment des conditions à satisfaire.

Usager des services

La personne ayant un problème de santé mentale est aussi parfois un usager du réseau des services de santé et des services sociaux et, à ce titre, elle a des droits et des obligations qui sont clairement encadrées par les lois compétentes. Le Comité régional de soutien tient à rappeler toutefois que le libre choix de la personne doit être respecté²⁸.

²⁷ C'est la traduction choisie pour « empowerment ». Notons que l'expression tend à se confondre dans le discours avec la notion de « réappropriation citoyenne du pouvoir » que nous avons choisi d'aborder distinctement.

²⁸ La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit : **Article 4** - « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. »; **Article 5** - « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée. »; **Article 6** - « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux. Rien

Les parents et les proches

Les parents et les proches doivent être considérés comme des partenaires.

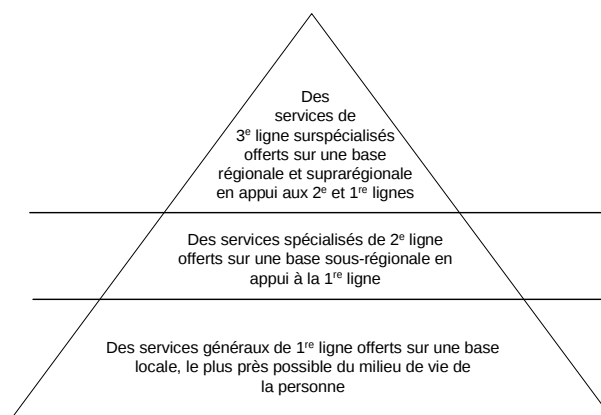
VALEURS ET PRINCIPES EN LIEN AVEC L'APPROCHE

- Une vision du rétablissement axée sur la communauté et des services de base à proximité des usagers.
- Une vision centrée sur des « épisodes de soins » plutôt que sur un suivi psychiatrique indéfini.
- Une vision centrée sur la hiérarchisation des services.

Le modèle d'organisation des services que nous développons dans le présent rapport s'appuie largement sur la notion de hiérarchisation des soins et services qui veut que les services requis par la personne soient généralement dispensés par des intervenants de première ligne.

Comme le mentionne de façon très pertinente le CMQ : « Si la **première ligne** est la **porte d'entrée** du système de soins, lieu des soins médicaux généraux, la **deuxième ligne** est le **lieu privilégié des soins spécialisés**, travaillant à l'interface avec la première ligne tant pour le dépistage des troubles mentaux complexes qui la concernent et pour l'accessibilité à ses services, que pour le maintien, le soutien et le retour à la première ligne²⁹. »

Ce modèle peut schématiquement être illustré comme suit :



dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne. »; et à l'**Article 105** - « L'établissement détermine les services de santé et les services sociaux qu'il dispense de même que les diverses activités qu'il organise, en tenant compte de la mission de tout centre qu'il exploite et des ressources disponibles et conformément aux plans régionaux d'organisation de services élaborés par la régie régionale. »

²⁹ Conseil médical du Québec. Avis – Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Québec, 2001, p. 75.

VALEURS ET PRINCIPES EN LIEN AVEC L'ORGANISATION DES SERVICES

- L'accessibilité des services.
- La continuité des services.
- Le partage, le développement (recherche) et la transmission (enseignement) des connaissances.
- La responsabilisation des établissements en lien avec leur mission.
- L'imputabilité des divers dispensateurs de soins.
- Un partenariat dans le respect de l'autonomie et de l'expertise des partenaires.
- L'efficacité et l'efficience des soins et les services.

4. Un réseau de services intégrés

Le Comité régional de soutien considère que les services de santé mentale doivent être structurés de manière à s'intégrer le plus possible aux services généraux de santé et aux services psychosociaux. Cependant, ils doivent aussi être structurés de manière à faciliter la collaboration et parfois le transfert vers les autres niveaux de soins lorsque l'évolution de la maladie et des besoins le demande. Pour ces raisons, le comité favorise la mise en place d'un réseau de services qui soient le plus possible intégrés.

Définition d'un réseau de services intégrés en santé mentale

« Une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté (c'est-à-dire dans les milieux de vie) et sur la base d'un territoire local, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions tant du point de vue fonctionnel que clinique et imputables de répondre aux différents besoins des personnes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches³⁰. »

Cette vision de l'organisation des services implique comme allant de soi le développement d'une « culture réseau » plutôt que d'une « culture établissement ».

Tout en respectant fondamentalement l'autonomie professionnelle, le mode de fonctionnement découlant d'un réseau de services intégrés devrait prendre le pas sur l'individualisme et l'autonomie exacerbée qui conduisent à des pratiques isolées et cloisonnées.

À cet égard, il apparaît que la division actuellement en vigueur (est – ouest) doit être éliminée. C'est pourquoi le Comité régional de soutien propose :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec procède dans les meilleurs délais à l'abolition de la division des territoires selon la délimitation « est / ouest ».**

Processus de production du handicap³¹

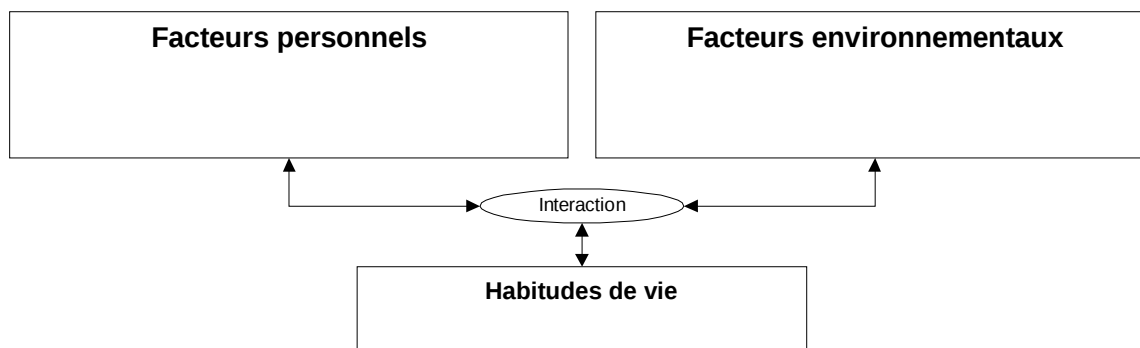
Ce réseau de services intégrés, nous voulons qu'il trouve ses assises dans un modèle théorique québécois : le processus de production du handicap (PPH). Le processus de production du handicap, comme modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne, propose une lecture de la réalité des personnes présentant un trouble mental que nous jugeons intéressante à plus d'un égard.

³⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale. Québec, avril 2002, p. 11.

³¹ Fougeryollas, Patrick et collab. Classification québécoise : Processus de production du handicap. Lac St-Charles, 1998, 164 p.

Le mérite de cette lecture est de s'appuyer sur un modèle du développement humain applicable à tous. Cette orientation théorique apporte donc un éclairage pédagogique utile, axé sur l'ouverture et la pleine participation sociale des personnes, et rejoint ainsi le principe d'appropriation du pouvoir d'agir.

Tableau 9.1 – Modèle du développement humain



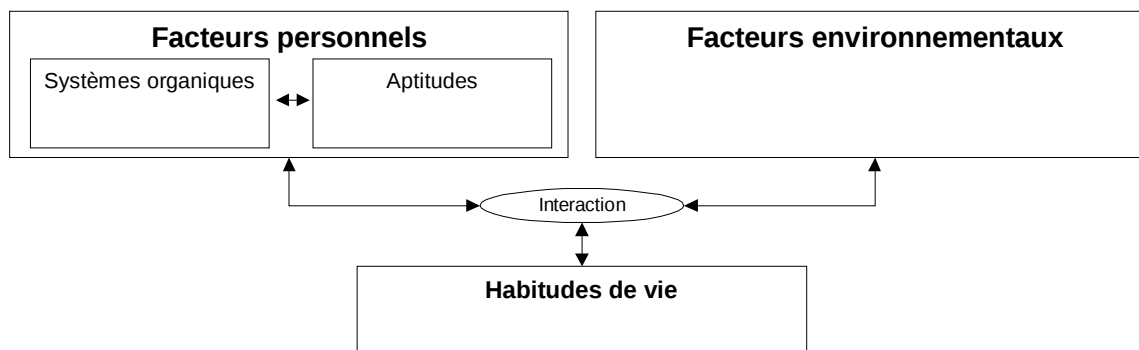
Dans un modèle comme le PPH, on peut considérer la dynamique de l'interaction des facteurs intrinsèques (personnels/internes) et des facteurs extrinsèques (environnement/externes) sur la performance d'un individu dans ses habitudes de vie.

Définitions

Facteur personnel	C'est une caractéristique qui appartient à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes , etc.
Facteur environnemental	C'est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.
Habitude de vie	C'est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

Outre l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les facteurs personnels qui viendront influencer considérablement la capacité d'un individu à participer à la vie sociale dans un esprit d'appropriation du pouvoir d'agir, sont les systèmes organiques et les aptitudes. Il ne faut toutefois pas voir ces éléments comme étant restrictifs, la personne étant beaucoup plus complexe qu'un simple corps et un ensemble d'aptitudes.

Tableau 9.2 – Modèle du développement humain



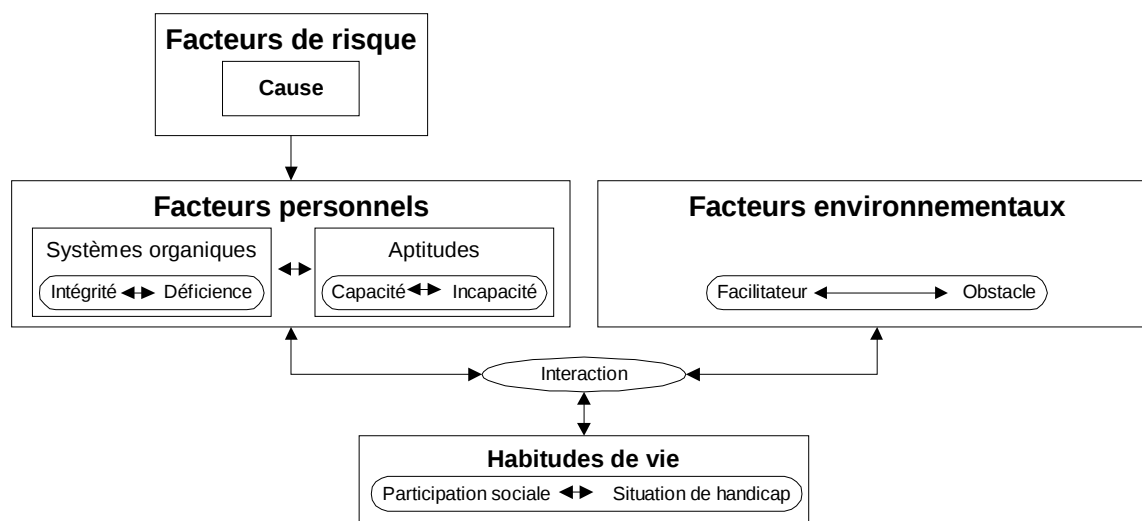
Définitions

Système organique	C'est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. C'est le corps.
Aptitude	C'est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. (L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement.)

À partir de ces quelques éléments fondamentaux, il est possible d'illustrer avec plus de précision quelques éléments spécifiques qui vont nous permettre de faire des liens entre les causes, les conséquences, les traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne.

Malgré l'introduction du champ des facteurs de risque et de l'élément causal, dans certaines applications (comme c'est souvent le cas en santé mentale), l'étiologie sera relativement peu importante et l'utilisateur du modèle se concentrera sur les trois domaines de base en interaction : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.

Tableau 9.3 – Processus de production du handicap



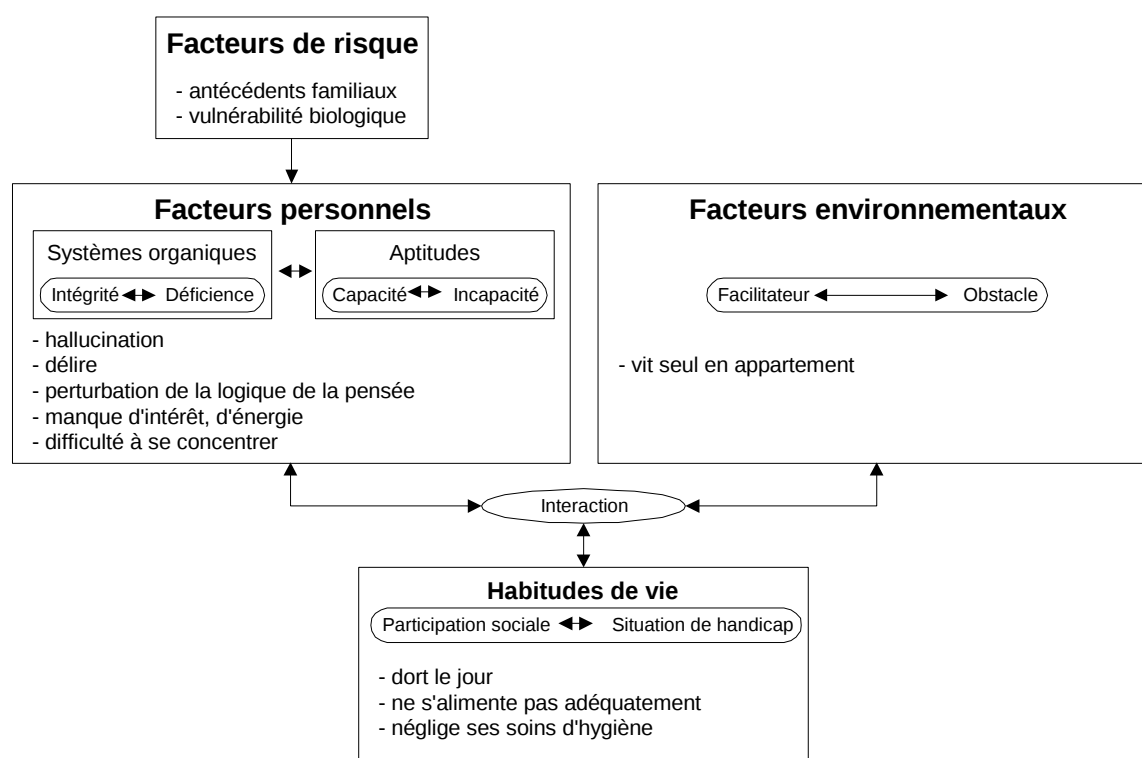
Définitions

Facteur de risque	C'est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.
Cause	C'est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.
Intégrité	Correspond à la qualité d'un système organique inaltéré.
Déficience	Correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.
Capacité	Correspond à l'expression positive d'une aptitude.
Incapacité	Correspond au degré de réduction d'une aptitude.
Facilitateur	Correspond à un facteur environnemental qui favorise l'accomplissement des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).
Obstacle	Correspond à un facteur environnemental qui entrave l'accomplissement des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).
Participation sociale	Correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).
Situation de handicap	Correspond à la réduction de l'accomplissement des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Comment utiliser le modèle conceptuel

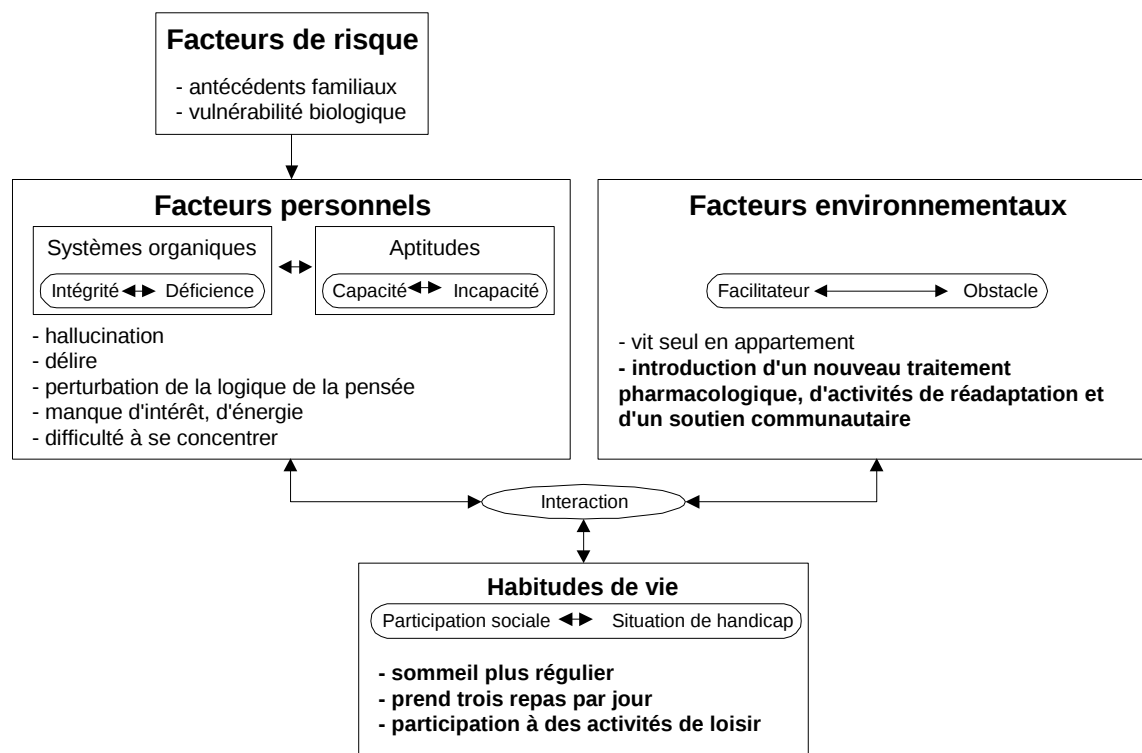
Le modèle conceptuel est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus de développement humain et les variables influençant le processus de production du handicap. C'est un outil que l'on peut transposer selon le champ d'application de l'utilisateur. Examinons d'ailleurs l'exemple d'une personne souffrant de schizophrénie qui présente des difficultés sur le plan de ses habitudes de vie qui remettent en question sa capacité à vivre seule en appartement :

Tableau 9.4 – Exemple d'application du PPH



L'introduction de modifications dans l'environnement de cette personne, avec tout ce qu'elle est sur le plan personnel, en l'occurrence des modifications à son traitement pharmacologique, des activités de réadaptation et un soutien communautaire, peut contribuer à modifier ses habitudes de vie. Ce faisant, sa participation sociale est assurée, maintenue, et elle n'est pas confrontée à une situation de handicap à cet égard.

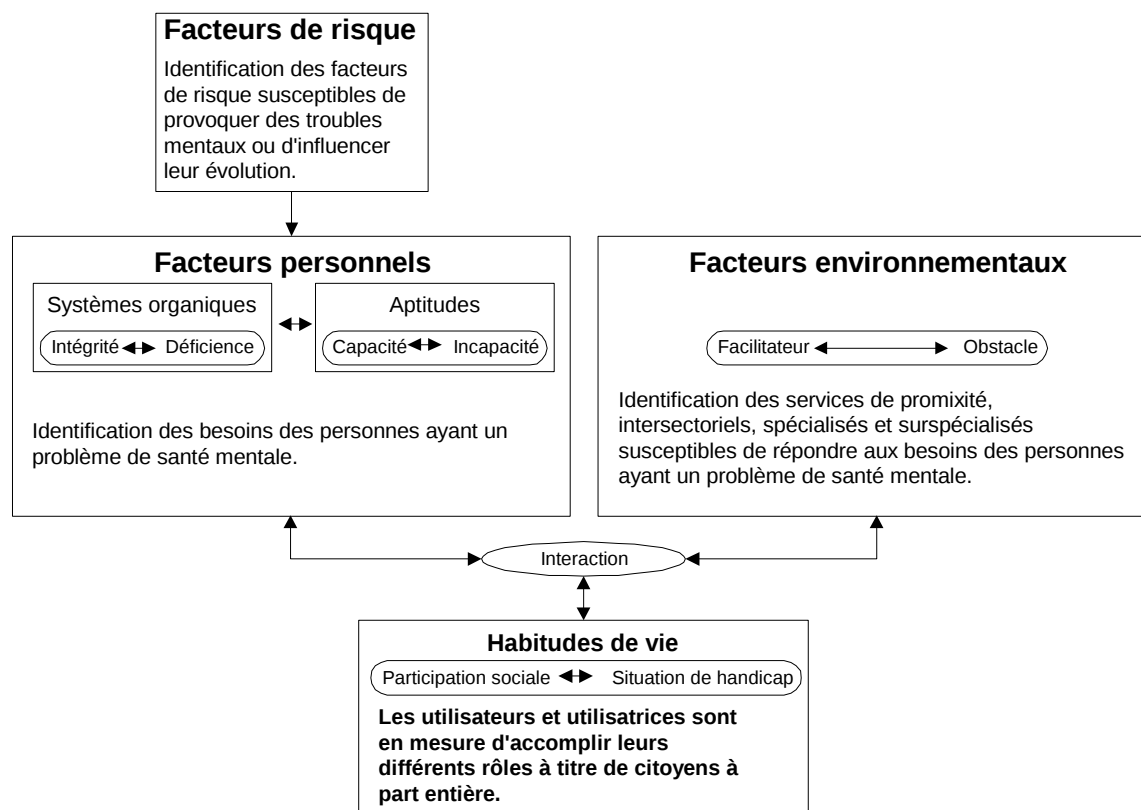
Tableau 9.5 – Exemple d'application du PPH (suite)



De plus en plus, le modèle du PPH sera introduit au Québec comme grille de lecture et d'analyse de la réalité des personnes en situation de handicap et visant une pleine participation sociale. Comme le PPH s'accompagne d'un système très avancé de classification, son influence se fera sentir graduellement sur les systèmes d'évaluation et de diagnostic, puis, nous l'espérons, sur les modèles d'organisation des services et dans la dispensation des soins et services.

C'est d'ailleurs sur cet élément que nous concluons en dégagant les finalités structurelles du modèle du PPH.

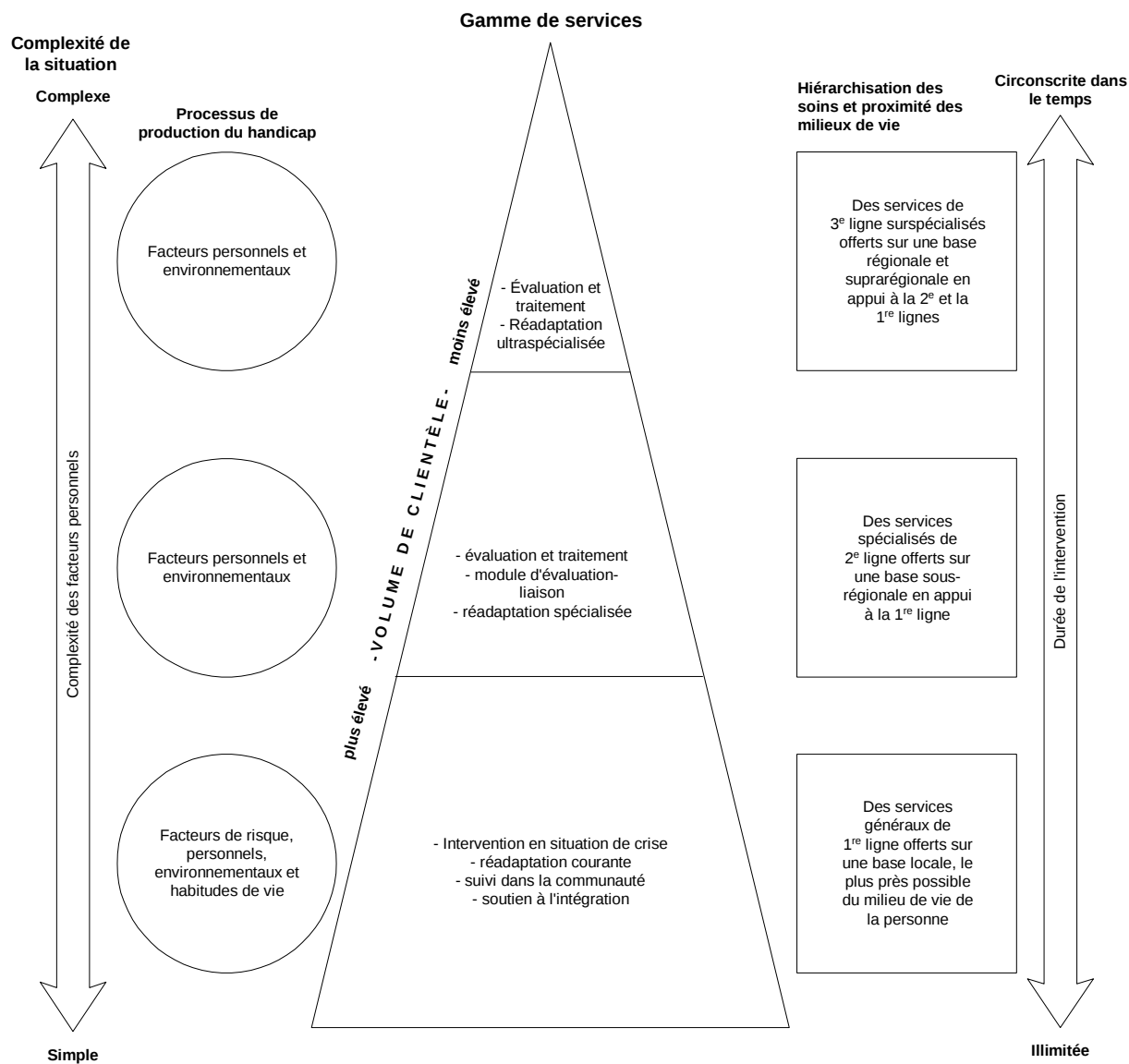
Tableau 9.6 – Application du PPH au modèle d'organisation des services de santé mentale



Services intégrés et PPH

Enfin, le modèle du PPH peut être transposé à une organisation de services intégrés basée sur le principe de la hiérarchisation des soins que nous avons énoncé plus haut.

Tableau 10 – Organisation de services intégrés



Dans ce modèle, nous intégrons les aspects suivants :

- le processus de production du handicap et la double complexité des facteurs personnels et de la situation (à gauche);
- la hiérarchisation des soins est vue également sous l'angle de la proximité des milieux de vie et de la durée de l'intervention (à droite);
- la gamme des services, esquissée ici dans ses grandes lignes puisque nous l'aborderons de façon plus détaillée un peu plus loin dans ce chapitre (au centre).

Il faut noter ici que ce modèle n'est pas statique et que ce qui nous apparaît à ce jour surspécialisé peut devenir demain spécialisé ou même un service de base à offrir dans chacun des territoires. Par exemple, le transfert de certaines activités du Centre hospitalier Robert-Giffard vers les CLSC ou les organismes communautaires, a marqué le passage de services, qui étaient considérés jusqu'alors pour le moins spécialisés, vers des services qui se sont généralisés dans la communauté.

Nomenclature des services

Nous proposons donc une organisation de services intégrés basée sur la hiérarchisation des services dans laquelle chaque territoire est un lieu de réponse aux besoins fondamentaux des individus, qu'il s'agisse de soins médicaux généraux ou de services dits de proximité et intersectoriels. À cet égard, examinons la nature des services que l'on retrouve à l'un et l'autre niveaux de notre modèle :

Tableau 11 – Nomenclature des services en fonction des niveaux de la hiérarchisation³²

Niveaux	Services	
1 ^{re} ligne	Des services généraux de 1 ^{re} ligne offerts sur une base locale, le plus près possible du milieu de la personne (services de proximité et intersectoriels dans le milieu).	
	Services de proximité	Services intersectoriels dans le milieu
	- les services de crise; - les différentes mesures de soutien communautaire; - les services médicaux; - les services d'entraide; - les services de soutien pour les parents et les proches; - l'hébergement régulier; - les services de réadaptation; - les services professionnels; - les services de santé courants.	- le logement social; - le travail; - la formation; - le transport; - les loisirs; - les besoins de subsistance; - l'aide domestique; - la réadaptation en collaboration avec les services correctionnels.
2 ^e ligne	Des services spécialisés de 2 ^e ligne offerts sur une base sous-régionale en appui à la 1 ^{re} ligne	
	- l'urgence hospitalière; - les services médicaux en milieu hospitalier; - l'évaluation et le traitement - l'hospitalisation; - l'hébergement spécialisé et/ou de longue durée; - les services offerts dans les hôpitaux de jour; - les traitements psychiatriques spécialisés; - la réadaptation spécialisée.	
3 ^e ligne	Des services de 3 ^e ligne surspécialisés offerts sur une base régionale ou suprarégionale en appui aux 2 ^e et 1 ^{re} lignes	
	- l'évaluation et le traitement; - l'hospitalisation; - les traitements psychiatriques surspécialisés; - la réadaptation surspécialisée.	

³² Ce tableau est inspiré des travaux préliminaires du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. Ces travaux ont fait l'objet d'une publication : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale. Québec, avril 2002, 42 p.

Au nombre des services de proximité, une mesure nous semble particulièrement mobilisatrice au regard des mesures de soutien communautaire : l'intervenant pivot territorial.

Intervenant-pivot territorial³³

L'intervenant-pivot territorial a la responsabilité d'établir avec l'utilisateur des services qui le requiert, un plan de service individualisé (PSI), de négocier et de coordonner au besoin les services planifiés avec les prestataires, de s'assurer que ces services soient rendus et qu'ils soient réajustés en fonction de l'état de l'utilisateur des services. Il est le « chef d'orchestre » du PSI, il a une vue d'ensemble de la situation du client, maintient constamment cette vue d'ensemble et a une bonne connaissance de chaque partition, c'est-à-dire du rôle de chaque professionnel impliqué auprès du client. Cette approche est donc très près des modèles de « case management » ou de suivi systématique de la clientèle³⁴.

Compte tenu du caractère diversifié des organisations, des interventions et des professionnels en présence, l'intervenant-pivot doit croire fondamentalement au travail interdisciplinaire. Il doit connaître et respecter la spécificité de chacun des professionnels impliqués.

L'intervenant-pivot territorial doit donc finalement s'assurer de la continuité des services nécessaires à l'utilisateur des services.

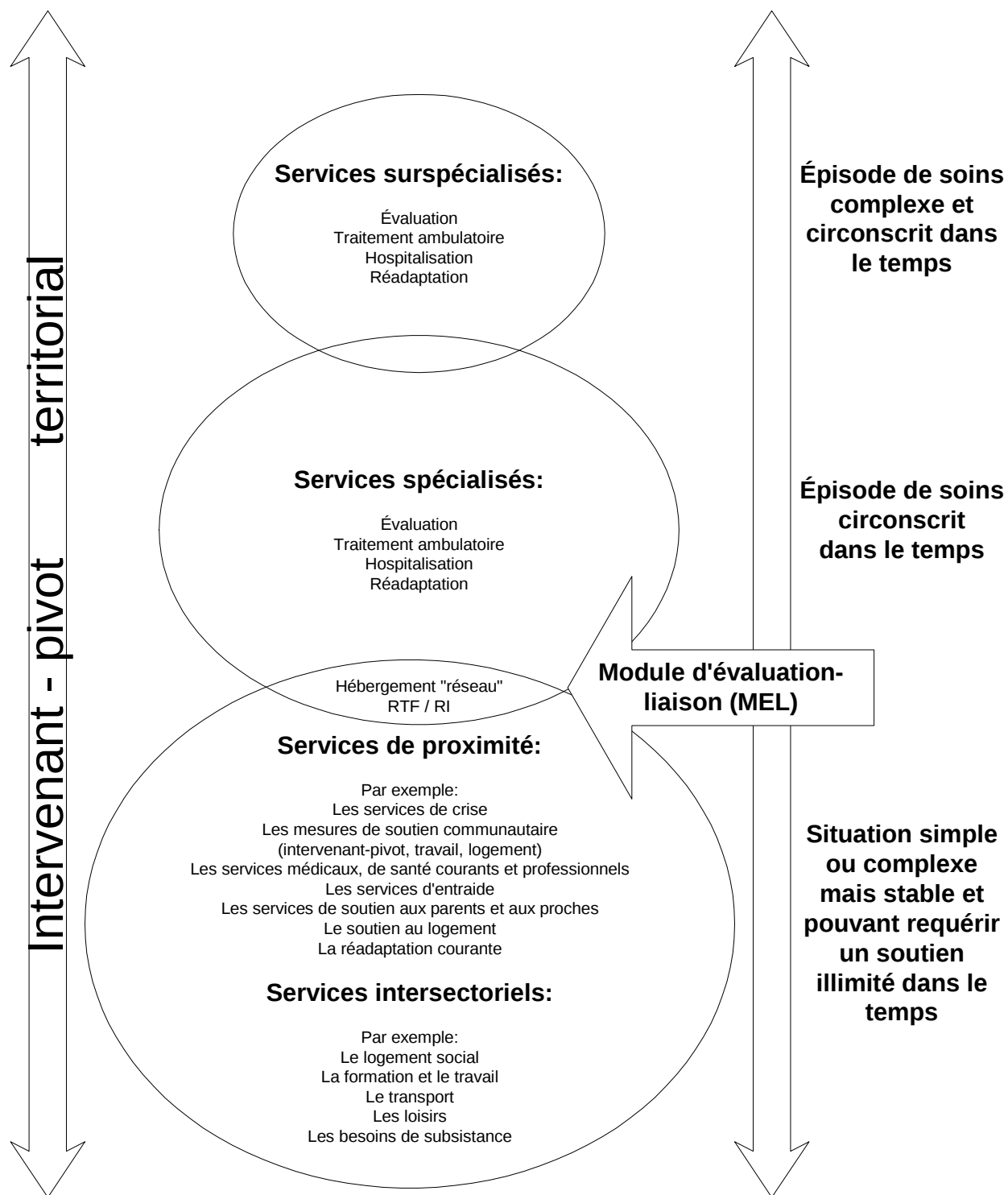
Trajectoire de services

Au regard de l'organisation des services, si l'on confronte à la fois la nomenclature définie pour les services et le rôle de l'intervenant-pivot territorial avec notre modèle de hiérarchisation des soins, nous obtenons le portrait suivant :

³³ Pour plus d'information sur l'intervenant pivot, nous vous référons à deux publications de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec : De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité : guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Montréal, novembre 1996. et L'intervenant-pivot : une façon d'être, une façon de faire : complément au guide « De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité ». Montréal, juin 1999.

³⁴ À cet égard, il sera important de se donner une véritable définition du « suivi systématique de la clientèle » dans la région de Québec. Cette définition englobera les éléments essentiels que sont l'interdisciplinarité, la coordination, la responsabilisation, la qualité des soins et services et la continuité, une définition opérationnelle qui nous permettra de distinguer, le cas échéant, le « case management » clinique d'un « case management » de coordination des services. Dans le même esprit, il sera utile d'établir les différences et les similitudes des différents modèles de suivi systématique les plus souvent évoqués (modèle PACT, modèle « Expended Brokers », modèle des forces personnelles, modèle de la réadaptation) afin de bien être conscients et cohérents avec les choix faits.

Tableau 12.1 – Trajectoire globale des services³⁵



³⁵ Dans ce modèle, nous avons positionné les services d'hébergement « réseau » tels les RTF et les RI à la jonction des services de 1^{re} et 2^e lignes. C'est, dans les faits, leur positionnement actuel.

Dans ce modèle, les services de proximité et intersectoriels, incluant au premier chef les services médicaux généraux, sont le point d'appui de la trajectoire des services et assurent le suivi, le soutien et le retour des usagers après chaque épisode de soins³⁶. Les services de proximité sont omniprésents tout au long du parcours de d'un utilisateur alors que les services spécialisés et surspécialisés demeurent accessibles mais de façon épisodique. L'intervenant-pivot, le MEL et un agent de liaison assurent pour leur part l'interface des services spécialisés et sont garants de la continuité des services.

Le défi en santé mentale est d'assurer une trajectoire harmonieuse à l'utilisateur des services. Nous croyons que les recommandations du Comité régional de soutien assureront cette fluidité tant recherchée.

Dans notre modèle, la notion d'épisode de soins balise véritablement la trajectoire que peut emprunter un utilisateur des services de santé mentale et détermine le recours ou non à des services spécialisés ou surspécialisés. Cette notion, répétons-le, est au cœur de la hiérarchisation des services.

De façon à permettre une meilleure compréhension de la trajectoire de services et pour l'intérêt pratique qu'ils représentent, nous en faisons une présentation redéployée à partir de trois thèmes spécifiques :

- les services de crise;
- les services de proximité et intersectoriels;
- les services spécialisés et surspécialisés.

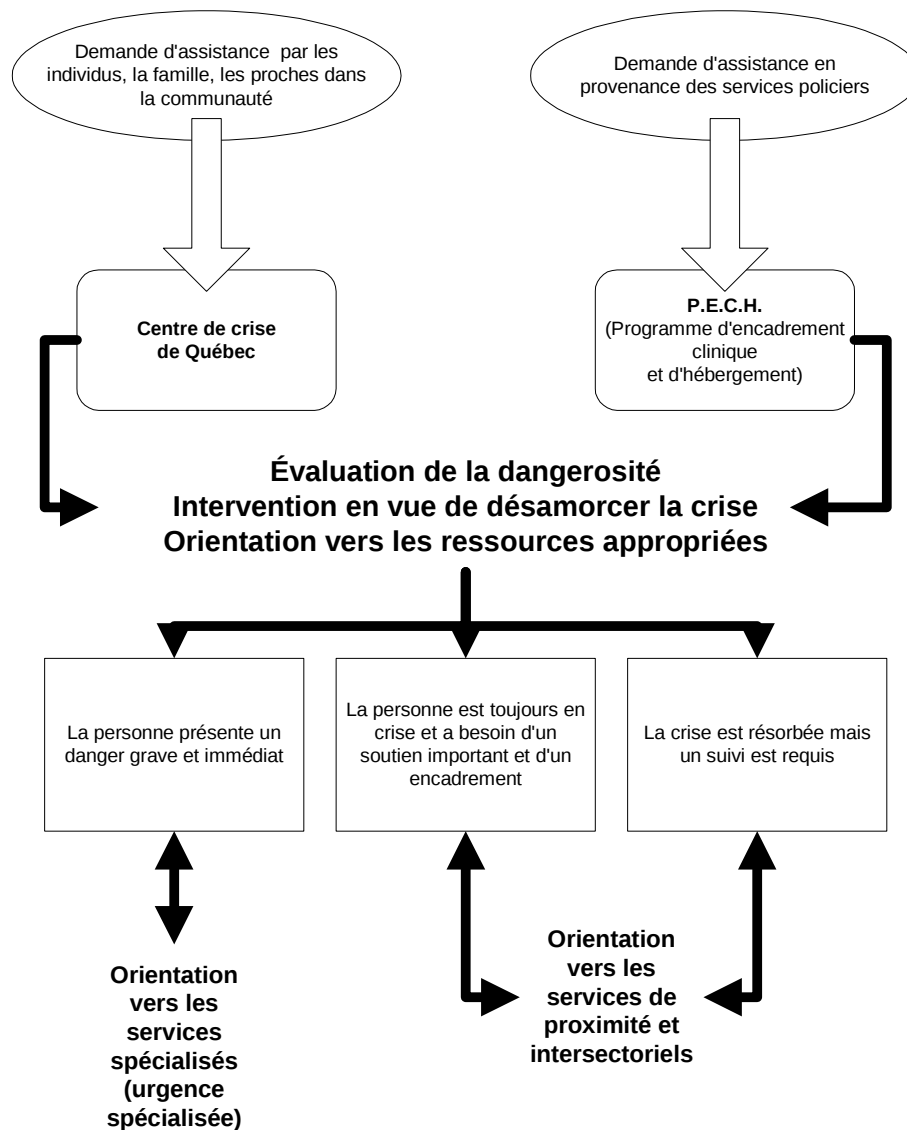
³⁶ Épisode de soins : sans doute un calque de l'anglais « episode of care ». Le terme épisode a une connotation temporelle, il doit donc pouvoir s'incarner en termes de durée. Il ne faut pas confondre l'épisode de maladie et l'épisode de soins. Le terme épisode étant associé aux soins, il va de soi qu'il est associé au dispensateur de ces soins. L'épisode de soins est donc la durée de temps pendant laquelle un utilisateur de services reçoit un ensemble de soins donné. La durée est équivalente au délai entre le moment de la première présentation par un usager d'un problème de santé à un dispensateur de services, jusqu'au dernier contact de l'utilisateur avec un dispensateur de services pour le même problème de santé.

Lorsque les travaux suggérés dans la section sur les services spécialisés sur la notion d'épisode de soins seront réalisés, il faudra s'assurer de bien distinguer dans cette notion ce qui relève de l'épisode « praticien » (contact avec le praticien pour un problème donné), de ce qui relève de l'épisode de soins, qui lui peut être l'enchaînement de plusieurs épisodes « praticiens ». Dans le même sens, il faudra établir les nuances dans la compréhension de ce qu'est véritablement un épisode de soins « ouvert ».

Services de crise

À tout moment, les services de crise sont susceptibles d'être requis par une personne ayant un problème de santé mentale. Il est donc probable qu'ils soient souvent le lieu d'une première demande de services.

Tableau 12.2 – Services de crise – Québec-Métro³⁷

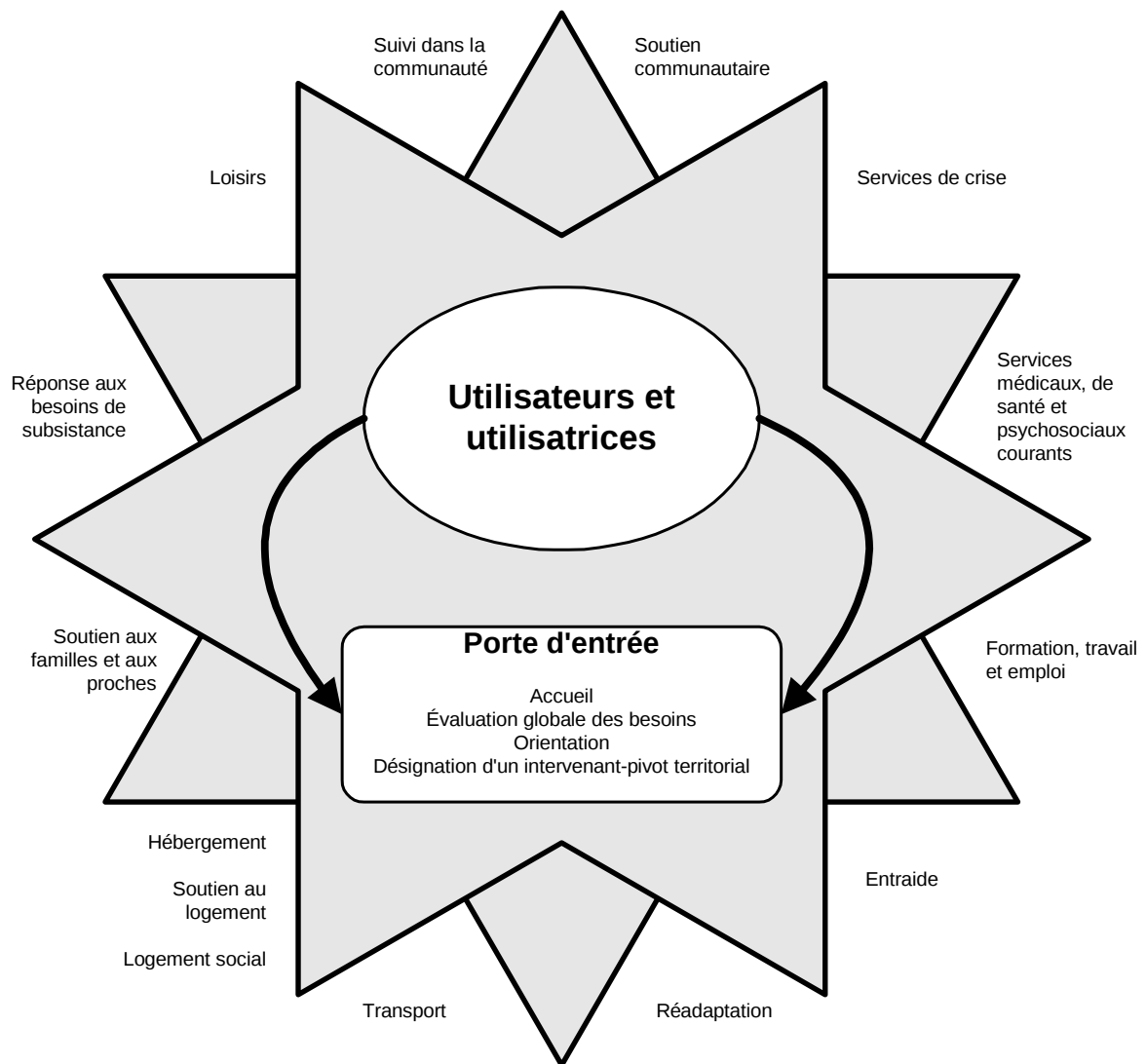


³⁷ Le modèle d'organisation des services de crise est établi pour la région métropolitaine de Québec. Le fait que le Centre de crise de Québec et P.E.C.H. soient désignés à titre de mandataires pour l'application de l'article 8 n'enlève pas toute responsabilité aux autres dispensateurs de services au regard de la crise. De plus, les régions de Portneuf et de Charlevoix ont entrepris des travaux sur les services de crise depuis peu. Les organismes mandataires pour l'application de l'article 8 ne sont toujours pas désignés sur ces territoires.

Services de proximité et intersectoriels

Les services de proximité et intersectoriels, parce qu'ils sont à la base de la réponse aux besoins de la personne, seront donc omniprésents tout au long de son parcours de rétablissement. Les services y sont, rappelons-le, d'une intensité et d'une durée variables.

Tableau 12.3 – Services de proximité et intersectoriels³⁸

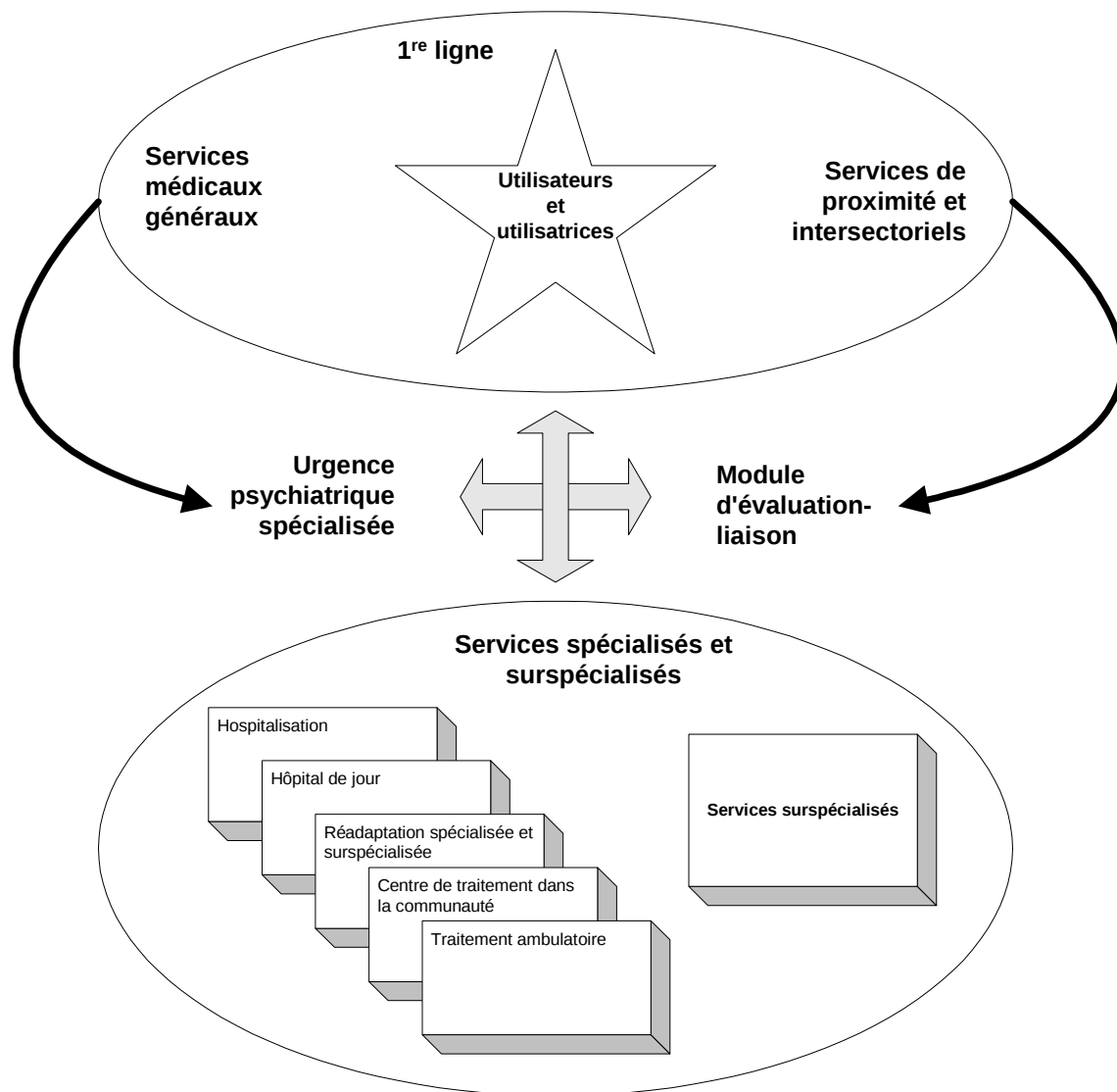


³⁸ Nous avons retenu le symbole d'une étoile lumineuse pour représenter les services territoriaux car elle constitue une puissante source d'énergie et est reconnue pour influencer la destinée.

Services spécialisés et surspécialisés

En examinant de plus près la trajectoire des services spécialisés, nous constatons que les services médicaux généraux, le MEL et l'urgence psychiatrique sont l'interface des services spécialisés. Cependant, les services de proximité et intersectoriels demeurent présents tout au long de l'épisode de soins spécialisés.

Tableau 12.4 – Services spécialisés et surspécialisés



Particularités de la région – le territoire de Charlevoix

Compte tenu que le territoire de Charlevoix nous indique que le modèle d'organisation des services qu'il a mis en place lui permet de répondre aux exigences d'un réseau de services intégrés et d'apporter une réponse adéquate aux besoins de sa population, le Comité régional de soutien propose :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec confirme l'adéquation du modèle d'organisation des services de santé mentale du territoire de Charlevoix. Des ententes de service seront à formaliser pour certains problèmes au regard des requis de soins pour les services surspécialisés.**

5. Recommandations et orientations

5.1 Sur les usagers

L'appropriation du pouvoir d'agir étant au cœur des orientations données dans ce rapport à l'organisation des services de santé mentale :

Soutenir la participation

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec et l'ensemble des partenaires favorisent et soutiennent la participation des usagers à tous événements, activités, comités de travail où sont discutés des objets qui les concernent;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec confie à l'Association des personnes utilisatrices des ressources (APUR) le mandat de mettre en place sur chacun des sept territoires locaux de la région de Québec un comité de personnes utilisatrices des services de santé mentale. Ce comité aura notamment la responsabilité de désigner deux représentants sur la table territoriale de concertation intersectorielle.**

5.2 Sur le développement de l'appropriation du pouvoir d'agir

Pour soutenir l'actualisation du concept d'appropriation du pouvoir d'agir et ce, conformément aux attentes ministérielles :

Formation réseau pour les intervenants

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec offre un contenu de formation sur le concept d'appropriation du pouvoir d'agir à tous les intervenants du réseau afin de soutenir le changement de pratiques sous-jacentes à ce principe.**

Formation réseau pour les utilisateurs des services

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec offre aux personnes utilisatrices des services deux journées de formation liées à l'appropriation du pouvoir d'Agir dans le cadre de réunions, afin de soutenir leur participation et leur contribution aux différents comités et groupes de travail mis en place par la Régie régionale de Québec et diverses entités territoriales.**

Colloque

Pour permettre aux personnes utilisatrices des services de la région de Québec de faire connaître leur point de vue sur le concept d'appropriation du pouvoir d'agir et les moyens de l'actualiser :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne l'Association des personnes utilisatrices des ressources dans l'organisation et la tenue d'un colloque portant sur le concept d'appropriation du pouvoir d'agir.**

5.3 Sur les parents et les proches

Le fait qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental, qu'il soit passager ou prolongé, constitue pour elle-même, pour sa famille et ses proches un bouleversement important auquel ils devront s'adapter.

Tous n'utiliseront pas les mêmes stratégies et certains seront profondément affectés. C'est pourquoi nous devons offrir un éventail de services afin de répondre aux besoins des familles et des proches.

Le Comité régional de soutien est d'avis que, pour compléter l'offre de services, nous devons mettre en place des mesures spécifiques et concrètes.

Au regard de l'offre de services

Une intervention précoce doit être disponible et permettre aux familles et aux proches un accès rapide à des activités et des services d'information, de soutien et d'entraide. Dès les premières manifestations de la maladie, ils doivent avoir accès à de l'information et à un soutien personnalisé pour obtenir rapidement des points de repères qui les aideront à évaluer la situation, à choisir la stratégie qui leur convient et à passer à l'action, avant que la situation familiale ne se détériore.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec favorise l'accès dans chaque territoire à des services d'information, de soutien personnalisé et d'entraide dédiés aux familles et aux proches.**

Certaines familles et des proches éprouveront un niveau de détresse élevé et auront besoin, à un moment ou à un autre, d'une aide thérapeutique leur permettant de développer des habiletés particulières afin d'être en mesure de composer avec cet événement bouleversant que constitue l'apparition d'un trouble mental chez un proche.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure qu'une aide thérapeutique (individuelle, de couple et familiale) soit disponible en temps opportun pour les familles et les proches afin de rétablir l'équilibre compromis par l'apparition d'un trouble mental chez un proche.**

Certaines familles et des proches manifesteront le besoin d'être soutenus et accompagnés par des mesures concrètes dans les tâches de soutien. Les besoins les plus souvent recensés sont une information complète et personnalisée sur les manifestations de la maladie, sur la nature du traitement et sur les habiletés à développer pour composer avec l'apparition du trouble mental chez un proche.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne le développement d'un programme spécifique de gestion de la maladie visant à comprendre le sens et les conséquences de la maladie mentale et ce, dans chaque territoire. Ces programmes devront être développés en association étroite avec les groupes de soutien aux familles et aux proches.**

Pour conclure, le Comité régional de soutien est d'avis que ces mesures sont essentielles pour que les familles et les proches puissent enfin rétablir l'équilibre dans leur vie familiale et être considérés comme de véritables collaborateurs au sein d'un réseau de services intégrés de santé mentale.

Soutenir la participation

Il importe que les parents et les proches soient partie prenante des décisions les concernant.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec et l'ensemble des partenaires favorisent et soutiennent la participation des parents et des proches à tous événements, activités, comités de travail où sont discutés des objets qui les concernent.**

5.4 Sur le réseau communautaire

Le développement d'un réseau de services intégrés suppose la contribution de l'ensemble des acteurs dans un partenariat respectueux des expertises de chacun.

« Les organismes communautaires contribuent aujourd'hui à la prestation directe de services et au raffermissement des liens communautaires. Ils renouvellent et diversifient les approches et les moyens d'action. Ce faisant, ils s'avèrent particulièrement aptes à répondre aux nouveaux besoins. D'ailleurs, les services publics ne peuvent pas et ne doivent pas prétendre à satisfaire tous les besoins. L'ampleur, la qualité et l'originalité de leur action sont telles qu'il n'est plus possible d'interpréter la santé et le bien-être à travers le seul prisme des interventions publiques.

Au-delà des services rendus par les établissements du réseau, les communautés et les citoyens qui les composent sont les mieux placés pour identifier les besoins non satisfaits et prendre l'initiative de les combler. À cet égard, le développement et la diversité des organismes communautaires constituent un signe du dynamisme de la société québécoise³⁹. »

À cet égard, le Comité régional de soutien tient à réaffirmer la reconnaissance des approches particulières et des diversités dans les modes d'intervention mis en place par le réseau communautaire au profit des personnes présentant un problème de santé mentale. Ainsi, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec réaffirme son engagement à respecter l'autonomie et la spécificité des organismes communautaires⁴⁰;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec réaffirme les valeurs communes qui doivent animer les relations qu'elle entretient avec les organismes communautaires : respect, ouverture, transparence et souplesse;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec favorise la participation des organismes communautaires dans les structures de concertation et le réseau des services intégrés tant sur le plan territorial que régional;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec réaffirme l'ouverture du réseau public des services de santé et des services sociaux à travailler avec le réseau communautaire au mieux-être des personnes présentant un problème de santé mentale;**

³⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Une réforme axée sur le citoyen. Québec, 1990, p. 59-60.

⁴⁰ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec. Québec, mars 1998.

-
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec affirme son engagement à respecter, à l'intérieur d'ententes formelles négociées de gré à gré, l'imputabilité des organismes communautaires^{41, 42}.**

⁴¹ Des distinctions seront à faire entre les activités liées au financement de base des organismes établi en fonction de la « Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec » (SOC) et d'autres activités qui pourraient faire l'objet d'ententes spécifiques, tel que le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), ou encore d'un financement par objectif lié à différentes sources dont notamment les Priorités de santé et de bien-être (PSBE).

⁴² LSSSS, Article 108 : « Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes: 1° la prestation de certains services de santé ou de services sociaux; 2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux. L'entente doit reconnaître la compétence du commissaire local à la qualité des services ainsi que celle du médecin examinateur pour examiner les plaintes de la clientèle qu'elle vise. En tenant compte des adaptations nécessaires, cette entente doit permettre l'application des dispositions du chapitre III du titre II de la partie I de la présente loi ainsi que celles de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, concernant les services qui en font l'objet. Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire visé au titre II de la présente partie, celle-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire. Dans le cas d'une entente visée au paragraphe 2° du premier alinéa, celle-ci ne peut avoir pour effet d'octroyer l'exclusivité de services professionnels ou d'empêcher le recrutement de professionnels conformément aux besoins prévus dans le plan des effectifs médicaux élaboré par la régie régionale. Cette entente doit être transmise à la régie régionale. »

5.5 Sur l'organisation des services territoriaux

Les besoins des personnes aux prises avec un problème majeur de santé mentale ainsi que ceux de leur famille et de leurs proches sont reconnus comme étant complexes, d'une intensité et d'une durée variables dans le temps.

C'est pourquoi le Comité régional de soutien entend favoriser des actions qui correspondent à cette réalité. Il ne souhaite donc pas imposer un modèle unique mais poser les jalons nécessaires pour une gamme de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, majoritairement accessible dans la communauté, sur la base d'un territoire local et ce, par un ensemble d'organisations qui coordonnent leurs actions du point de vue tant fonctionnel que clinique et imputables au regard des différents besoins requis par les personnes aux prises avec un problème majeur de santé mentale, leur famille et leurs proches.

L'objectif fixé n'étant pas simple, le Comité régional de soutien opte pour une stratégie d'intégration menant à la mise en place d'un réel réseau local. Il propose donc de créer et soutenir divers leviers locaux d'intégration afin que la mise en place des réseaux soit efficace et harmonieuse.

D'entrée de jeu, mentionnons que chaque territoire a déposé un plan d'intégration des services⁴³. À la lumière de ces informations, le Comité régional de soutien est en mesure d'affirmer que certains leviers d'intégration ont déjà été utilisés et que d'autres devront faire l'objet de recommandations afin d'être davantage soutenus.

Les recommandations au regard de l'intégration des services territoriaux

L'établissement d'un réseau de services intégrés consiste à créer une gouvernance commune afin d'assurer la cohérence au sein de la gamme de services. Elle se réfère ainsi à la structure et aux mécanismes qui régissent les relations entre les divers acteurs concernés.

À cet effet, les territoires ont opté pour une forme d'intégration virtuelle regroupant des organisations indépendantes, non reliées administrativement, dont le but commun est d'assurer une gamme complète de services à proximité des milieux de vie.

Concrètement, sept tables territoriales de concertation intersectorielle, incluant des personnes utilisatrices des services, des familles et des proches, des organismes communautaires, des centres hospitaliers, des centres locaux d'emploi, des omnipraticiens, des représentants de divers milieux, ont été implantées sous le leadership des CLSC.

⁴³ Ces plans feront l'objet d'une analyse et de commentaires précis de la part de la Régie régionale de Québec. Le présent texte n'entend donc pas faire état de cette analyse qui sera transmise aux tables intersectorielles territoriales ultérieurement.

- ✓ **Que la Régie régionale apporte le soutien nécessaire afin d'assurer la pérennité des tables territoriales de concertation intersectorielle et qu'elle confirme leur caractère incontournable au regard de l'intégration des services.**

L'intégration réfère également à une responsabilité à l'égard de la clientèle et implique qu'une entité soit désignée à cette fin. Cinq territoires ont choisi de surseoir à cette désignation.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure que chaque territoire désigne une entité responsable de la clientèle dans un délai maximal d'une année;**
- ✓ **Que dans les territoires qui ne seront pas en mesure de confirmer l'entité dans les délais prescrits, la Régie régionale de Québec confirme le CLSC dans cette fonction, tant et aussi longtemps que le territoire n'aura pas désigné l'entité prescrite.**

L'intégration commande aussi des actions permettant l'acquisition d'une vision commune et l'adoption de principes fondamentaux tels que l'appropriation du pouvoir d'agir, la proximité des services et la hiérarchisation des soins. Le Comité régional de soutien a constaté que la majorité des plans d'organisation des services territoriaux ont mis de l'avant ces principes. Cependant, peu ont précisé quelle serait leur stratégie pour actualiser le principe d'appropriation du pouvoir d'agir.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec propose un plan de formation pour illustrer les différentes avenues permettant de concrétiser ce principe, d'assurer une plus grande cohérence et un développement territorial plus harmonieux.**

L'intégration implique de la part des parties un engagement et une responsabilité conjointe à chaque étape du processus d'implantation et d'opérationnalisation d'un réseau local de services. L'ensemble des territoires a manifesté son grand intérêt à clarifier les rôles et les responsabilités des partenaires et à systématiser certains processus tels que la circulation de l'information, la référence et l'accès aux services, et la coordination entre les organisations.

- **Que la Régie régionale de Québec s'assure que chaque territoire a établi des modalités, des mécanismes opérationnels et rédigé des ententes formelles, négociées de gré à gré sur l'accessibilité, la coordination et la continuité des services de proximité, spécialisés et intersectoriels dans le milieu et ce, dès la première année.**

L'intégration requière des actions afin d'assurer la présence de liens solides entre les domaines administratif et clinique. Il faut que les intervenants de chaque secteur soient convaincus du bien-fondé de la démarche. Par ailleurs, peu de plans d'intégration ont défini de façon explicite des mécanismes pour assurer ces liens.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure que chaque territoire établisse des modalités formelles afin d'assurer une rétroaction continue entre le système de gouverne et les équipes cliniques;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec élabore un plan de formation afin de soutenir les intervenants qui devront modifier leur pratique et, ainsi, s'inscrire dans un contexte de mise en réseau et ce, dès l'adoption du présent rapport.**

Les recommandations au regard de l'offre de services

Les situations rencontrées par les personnes présentant un problème de santé mentale sont complexes. Le Comité régional de soutien reconnaît la prépondérance des services de proximité. En ce sens, les personnes aux prises avec un problème majeur de santé mentale doivent bénéficier d'un soutien communautaire, pouvant aller jusqu'à un suivi intensif assuré par un intervenant-pivot.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure que chaque territoire offre les services d'un intervenant-pivot lorsque la situation de la personne commande une offre de services variée et complexe.**

Les services de proximité⁴⁴ regroupent les services qui favorisent le maintien des personnes dans leur milieu de vie :

- les services de crise;
- les différentes mesures de soutien communautaire;
- les services médicaux et de santé courants;
- les services d'entraide;
- les services de soutien pour les parents et les proches;
- un continuum d'hébergement (soutien au logement, ressource de type familial, ressource intermédiaire);
- les services de réadaptation;
- les services professionnels.

Le caractère de proximité d'un service est fonction de trois critères :

- le bassin de population est suffisant pour instaurer ce type de service;
- le service ne requiert pas une expertise spécialisée peu disponible;
- le service ne nécessite pas d'infrastructures ou d'équipements coûteux.

⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale, Québec, avril 2002, p. 18.

L'ensemble des actions prévues dans les plans d'organisation démontre le souci de chacun des territoires de recenser les services de proximité qui ne sont pas accessibles à leur population ou qui doivent être consolidés. Par ailleurs, le Comité régional de soutien a observé que les territoires n'ont pas tous atteint le même niveau de développement des services.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, dans le processus d'allocation des ressources, donne la priorité au développement des services de proximité en tenant compte des priorités territoriales établies par chacun et ce, en fonction des trois critères retenus plus haut.**

Aussi, une constance se dégage des plans d'action des territoires, à savoir que tous ont ciblé des actions qui vont dans le sens des orientations du groupe de travail sur la formation et le travail.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail sur la formation et le travail s'appliquant sur une base territoriale.**

Les thèmes de l'hébergement, du logement et du soutien dans la communauté ont obtenu la priorité en second lieu dans cinq territoires. En ce qui a trait aux services d'hébergement et de logement, les moyens retenus convergent également avec les travaux du Groupe de travail sur le logement.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail sur le logement s'appliquant sur une base territoriale.**

Plusieurs territoires ont mentionné que les ressources actuellement consenties au soutien dans la communauté ne permettent pas de répondre aux besoins de la clientèle.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec définisse des normes afin d'assurer un développement plus harmonieux des services de soutien dans la communauté et qu'elle consente les ressources nécessaires pour répondre aux besoins relevés.**

Le Comité régional de soutien est d'avis que le passage d'un modèle centré sur la prise en charge des personnes à un modèle axé sur le soutien des personnes dans leur milieu de vie nécessite que les services de santé mentale n'assument plus l'ensemble des réponses aux différents besoins des personnes ayant un problème majeur de santé mentale⁴⁵. Des liens formels avec les autres services offerts dans le milieu (intersectorialité) doivent donc être organisés.

⁴⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrés en santé mentale. Québec, avril 2002, p. 18.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne concrètement les initiatives régionales et territoriales afin qu'une réelle concertation intersectorielle puisse s'implanter, particulièrement dans les secteurs du logement, du travail et de la formation.**

Plusieurs territoires ont soulevé des difficultés au regard des services spécialisés et de l'accès au traitement psychiatrique, à l'hospitalisation et au soutien-conseil. Cependant, l'ensemble des territoires a dégagé des pistes de solution en conformité avec les orientations des travaux sur les services spécialisés et surspécialisés.

Pour clore cette section, le Comité régional de soutien tient à mentionner que la réussite d'une intégration locale des services passe par un leadership mobilisateur, un accompagnement, un soutien, une information claire et transparente, une vision positive et mobilisatrice, une confiance et un respect de l'expertise et, enfin, par la créativité de chacun des acteurs.

Ces éléments sont des valeurs que la Régie régionale de Québec entend encourager afin que les personnes utilisatrices des services puissent obtenir une réponse de qualité à leurs besoins et en temps opportun.

Rémunération des omnipraticiens

Le Comité régional de soutien convient de la nécessité de revoir certains aspects de la rémunération des omnipraticiens. En ce sens, il reconnaît la pertinence des propos du GTSSS :

« Il faut harmoniser le mode de rémunération des omnipraticiens des bureaux privés à la réalité du travail auprès de la clientèle psychiatrique.

L'exemple du CLSC de la Jacques-Cartier qui concède à plusieurs omnipraticiens de son territoire quelques heures par semaine de rémunération à tarif horaire pour effectuer des interventions en santé mentale, pourrait être élargi à l'ensemble des omnipraticiens intéressés et à l'ensemble des CLSC.

Ce mode de rémunération pourrait faciliter la prise en charge de certaines clientèles présentant des problèmes de santé mentale, favoriser la collaboration des omnipraticiens aux équipes de CLSC et favoriser la participation aux formations médicales continues en lien avec les psychiatres jumelés à chacun des territoires de CLSC. »

5.6 Sur l'accès au logement

Le Comité régional de soutien tient à reconnaître la réalité des usagers qui habitent chez leurs parents, familles auxquelles nous l'avons affirmé dans la section sur les parents et les proches, il est nécessaire d'apporter un soutien articulé.

Nous voulons également rappeler les responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux sur cette question. Essentiellement, notre réseau dispose de résidences d'accueil (ressources de type familial) et d'une diversité de ressources intermédiaires. Au-delà, le réseau de la santé et des services sociaux ne peut et ne doit pas se substituer aux responsabilités qui incombent à d'autres partenaires. Toutefois, nous reconnaissons la responsabilité d'assurer, aux personnes présentant un problème de santé mentale qui le requièrent, les services de soutien au logement nécessaires pour assurer leur maintien dans leur milieu de vie.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'accès au logement, le Comité régional de soutien a retenu l'essentiel des cinq grandes recommandations qui lui avaient été adressées par le Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale.

Donner la priorité au développement du logement social

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec réaffirme son adhésion à la lutte contre la pauvreté, interpelle le ministère de la Santé et des Services sociaux sur ses responsabilités en matière de concertation intersectorielle et soutienne les efforts menés dans la région sur le sujet;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec fasse de l'accès au logement pour les personnes souffrant d'un problème grave de santé mentale une priorité et qu'à cet effet :**
 - *elle fasse sienne la cible fixée par le Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale relativement au besoin impérieux de 1 000 logements sociaux pour la région sur un horizon de cinq ans;*
 - *elle fasse connaître les besoins et les priorités de la région en la matière auprès des acteurs nationaux et régionaux du développement et de la gestion du logement social (offices municipaux d'habitation, organismes d'hébergement à but non lucratif, groupes de ressources techniques, associations de propriétaires et de locataires, associations ou regroupements de coopératives d'habitation et d'organismes à but non lucratif, Société d'habitation du Québec, Ville de Québec);*

- *elle précise son rôle et sa contribution, particulièrement quant aux mesures de soutien au logement, auprès de ces mêmes acteurs, et s'assure de leur contribution et de leur engagement à soutenir l'accès et le développement de logements sociaux pour la clientèle concernée.*
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec interpelle le ministère de la Santé et des Services sociaux sur ses engagements à l'effet que la concertation intersectorielle prenne place à l'échelle nationale dans le secteur du logement;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec demande à la Société d'habitation du Québec et aux offices municipaux d'habitation de réévaluer leurs règlements sur l'attribution des logements à loyer modique, en fonction des conditions particulières des usagers.**

Se donner les moyens pour soutenir le logement privé

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en concertation avec les partenaires concernés (usagers, organismes communautaires, CLSC, centres hospitaliers, Ville de Québec), prenne les mesures nécessaires pour assurer le développement et l'implantation d'un instrument commun d'évaluation et de monitoring de la qualité des ressources d'hébergement du secteur privé (logements, maisons de chambres, etc.); que soit aussi évaluée l'opportunité de définir des critères et des mécanismes d'accréditation de ces ressources ainsi que des mécanismes de plaintes et de recours pour les usagers;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en partenariat avec les associations de propriétaires, les regroupements de coopératives et d'organismes d'hébergement sans but lucratif, favorise et soutienne une démarche afin de mieux cerner les obstacles et contraintes à l'accès au logement privé et de déterminer les mesures à mettre en place pour soutenir les propriétaires et les locataires.**

Investir dans des services de soutien au logement

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec fasse du soutien au logement une priorité et qu'à cet effet :**
 - *elle reconnaisse le droit de l'utilisateur à choisir les conditions et les modalités de ce service;*
 - *elle s'assure de la clarification des concepts et des rôles des CLSC et des organismes communautaires dans ce secteur, et ce, pour éviter les doublages de services;*
 - *elle s'assure de la consolidation de services de soutien au logement 24/7 et adaptés aux besoins des usagers;*
 - *elle donne la priorité au plein financement (ratio intervenant/utilisateur répondant aux besoins) de ces services dans sa planification d'allocation des ressources;*

- *elle favorise une plus large implication du milieu communautaire dans l'organisation et la dispensation de services connexes au soutien au logement;*
 - *elle garantit les coûts inhérents à des ententes de réciprocité entre les offices municipaux d'habitation et les organismes responsables des services de soutien au logement;*
 - *elle examine la possibilité de soutenir le développement de services de dépannage liés au maintien dans le milieu (stockage de meuble, par exemple, déménagement, etc.), dont un volet serait financier.*
- ✓ **Que les intervenants et les organismes appelés à jouer un rôle dans ce secteur se donnent les moyens de partager et d'améliorer leur pratique et que la Régie régionale de Québec les soutienne à cette fin.**

Activer et soutenir la concertation intersectorielle

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec favorise et soutienne la participation de ses représentants à différentes activités et instances régionales responsables directement ou indirectement du développement du logement social (offices municipaux d'habitation, Commission de l'habitation de la Ville de Québec, regroupements de coopératives et d'organismes d'hébergement à but non lucratif, Conseil régional de développement et de concertation de Québec, etc.);**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, afin d'introduire une ouverture immédiate au partenariat, soutienne l'organisation d'un colloque régional sur le logement en santé mentale et que cet événement soit le moment privilégié pour officialiser les partenariats qui auront été créés, dont notamment une table de concertation intersectorielle sur le logement, et pour lancer un plan d'action triennal en matière de logement.**

Investir dans les ressources d'hébergement transitoire et de répit

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec reconnaisse l'importance de développer, en concertation avec les partenaires impliqués (usagers, CLSC, centres hospitaliers, organismes communautaires), des ressources d'hébergement de répit et de transition et qu'à cet effet :**
- *elle quantifie les besoins des territoires en ces matières;*
 - *elle donne la priorité dans son processus d'allocation budgétaire au développement de ces ressources d'hébergement;*
 - *elle favorise et soutienne, au besoin, la mise en place d'un mécanisme de concertation régionale quant à l'accès à ces ressources (critères d'admission, évaluation, attribution des places, etc.).*

- ✓ **Que les organismes responsables des ressources de type familial (RTF) et des ressources intermédiaires (RI) évaluent les clientèles qui résident dans ces ressources afin de déterminer celles qui pourraient occuper un logement social ou privé accompagné d'un service adéquat de soutien au logement.**

Mettre en place les modalités nécessaires à la gestion des ressources d'hébergement du réseau sociosanitaire

Ce sujet n'a pas été abordé par le Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale. Le Comité régional de soutien estime toutefois important d'apporter quelques éclaircissements sur ce volet de l'organisation des services qui concerne les ressources d'hébergement du réseau sociosanitaire, soit essentiellement les ressources intermédiaires⁴⁶ et les ressources de type familial. Cette question avait d'ailleurs fait l'objet de recommandations dans le cadre du Plan de consolidation des services 1999-2002⁴⁷.

Afin d'assurer une gestion efficace du parc de ressources dont dispose la région de Québec et qui sont sous la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en concertation avec ses partenaires, définisse un modèle de gestion régional des ressources d'hébergement qui sont sous la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux;**
- ✓ **Que ce modèle de gestion prévoie notamment :**
 - *la définition des responsabilités de chacun des partenaires concernés;*
 - *d'accorder la priorité aux personnes présentant un problème de santé mentale grave;*
 - *l'élaboration et la mise en place d'un mécanisme d'accès propre à assurer l'équité de l'accès aux ressources pour les personnes utilisatrices des services.*

⁴⁶ Outre l'admission dans un lit de centre hospitalier ou de centre d'hébergement de soins de longue durée, la LSSS prévoit deux types de ressources d'hébergement que le réseau de la santé et des services sociaux peut utiliser dans les limites du cadre légal de ses responsabilités : les ressources de type familial (familles d'accueil pour enfants et résidences d'accueil pour adultes) et les ressources intermédiaires (ventilées selon un modèle plus ou moins gradué en fonction des besoins de la personne). Si la première catégorie date de très longtemps, la seconde est plus récente et représente un effort du législateur pour regrouper un ensemble de ressources très différentes à l'échelle du territoire national et leur donner un cadre de gestion et de financement visant l'uniformité.

⁴⁷ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Plan de consolidation des services 1999-2002. Québec, 1999.

5.7 Sur la formation et le travail-emploi

Le Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale – Services aux adultes reconnaît que la formation et le travail-emploi constituent de puissants outils d'intégration sociale. À nos yeux, le Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail a bien cerné les principaux besoins des usagères et usagers ainsi que les obstacles majeurs auxquels ceux-ci sont confrontés. Dans un tel contexte, le Comité régional de soutien a retenu l'essentiel des recommandations de ce groupe de travail.

Toutefois, nous tenons à souligner que l'accès à la formation au travail et à l'emploi est une responsabilité spécifique à la fois du ministère de l'Éducation et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Le succès, en ces matières, passe obligatoirement par une concertation sur différents plans (ministériel, régional, local) et le développement de partenariats efficaces. Quant à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, elle doit rappeler son rôle spécifique au regard de la santé et du soutien chronique et psychosocial aux usagères et usagers et éviter de s'engager dans des rôles de suppléance.

Pour favoriser le développement de l'emploi

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec fasse de la création d'emplois pour les personnes souffrant d'un problème grave de santé mentale une priorité et qu'à cet effet :**
 - *elle favorise des ajustements au programme « Contrat d'intégration au travail » (CIT) (ex. : congés de maladie, services d'accompagnement) pour faire bénéficier les usagers de mesures d'accommodation mieux adaptées à leur réalité;*
 - *elle favorise et soutienne une augmentation significative du nombre de « contrat d'intégration au travail » (CIT) pour les usagers;*
 - *elle suscite et soutienne, via notamment les CLSC de la région, la consolidation et le développement d'entreprises d'économie sociale ou de coopératives de solidarité dans l'optique d'accroître la diversité et l'accès à l'emploi;*
 - *elle invite, en partenariat avec les associations d'employeurs, les syndicats, les chambres de commerce, les employeurs de la région, à proposer une cible relativement à la création d'emplois permanents et de qualité pour les trois prochaines années pour les usagers qui présentent notamment un niveau de scolarisation élevé.*

Investir dans les services de soutien au travail

✓ **Que la Régie régionale de Québec fasse du soutien au travail une priorité et que dans ce contexte :**

- *elle favorise le milieu communautaire dans l'organisation et la dispensation de ces services;*
- *elle favorise et soutienne une évaluation des différentes mesures de soutien au travail déjà en place dans le cadre de programmes ministériels (centre de travail adapté [CTA], programme d'assistance-emploi [PAE], contrat d'intégration au travail [CIT], mesure d'insertion sociale [INSO], etc.) afin de mieux les adapter aux besoins des usagers en apportant une attention particulière aux jeunes;*
- *elle s'assure que soient définis et clarifiés le concept de « soutien au travail », les activités ou mesures qui y sont reliées et le rôle des différents partenaires dans le but d'accroître l'efficacité et d'éviter les doublons;*
- *elle soutienne le financement adéquat de services de soutien au travail et adaptés pour les nouveaux usagers qui intégreront le marché de l'emploi;*
- *elle favorise et soutienne le développement de partenariats entre les employeurs et les organismes impliqués (CLSC, organismes communautaires, etc.) en vue d'assurer davantage de continuité et de permanence dans les services de soutien requis par les usagers.*

Pour passer à l'action en matière de soutien à la formation et assurer la continuité dans le cheminement scolaire

✓ **Que la Régie régionale de Québec rappelle au ministère de la Santé et des Services sociaux ses responsabilités en matière de concertation interministérielle et qu'à cet effet :**

- *elle demande que soient étendues, dans les plus brefs délais, aux étudiants qui présentent un problème grave de santé mentale, les mesures de services adaptés et de soutien financier déjà consentis aux élèves handicapés physiques, sensoriels et neurologiques qui poursuivent leur formation;*
- *elle demande, pour les usagers motivés à effectuer un retour aux études à temps partiel et qui profitent déjà du programme d'assistance-emploi, que soient évaluées la pertinence et l'opportunité qu'ils puissent continuer de profiter de ce programme et que soient prises en compte les dépenses essentielles liées à la poursuite des études (matériel scolaire, frais afférents, transport, etc.).*

✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne une démarche en vue de préciser les besoins des usagers au regard des « services de suivi » durant la formation, les responsabilités des partenaires impliqués et les mécanismes d'arrimage essentiels entre eux.**

Pour activer et soutenir la concertation régionale et le développement de services

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec interpelle le ministère de la Santé et des Services sociaux sur ses responsabilités en matière de concertation interministérielle et qu'à cet effet :**
 - *elle demande que l'on interpelle l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et le Conseil québécois des entreprises adaptées (CQEA) quant à la responsabilité sociale des centres de travail adapté (soutien adéquat aux usagers, équité dans le partage des emplois disponibles en fonction du niveau différent de production des usagers, etc.);*
 - *elle demande que les ministères et organismes gouvernementaux soient interpellés quant à leur responsabilité sociale au regard de l'intégration en emploi des usagers.*
- ✓ **Que chaque table territoriale de concertation intersectorielle désigne un de ses partenaires pour agir comme agent de liaison auprès des acteurs locaux et régionaux pour le volet formation et travail;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, soutienne la création d'un guichet unique et qu'elle s'assure que ce soit le partenaire le plus approprié qui sera imputable de son fonctionnement en concertation avec les partenaires impliqués (organismes communautaires, CLSC, Clinique externe de psychiatrie du CHRG, établissements scolaires, usagers, etc.). Le mandat initial de ce guichet unique (Centre régional de coordination sur la formation et le travail) devrait prendre en compte les éléments suivants :**
 - *assurer des services d'accueil, d'information, d'évaluation, d'orientation et de référence pour les clientèles;*
 - *recevoir les besoins des territoires et, si nécessaire, donner suite à leurs demandes;*
 - *développer des partenariats avec les institutions scolaires, les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;*
 - *sensibiliser les milieux concernés aux capacités des usagers à poursuivre avec succès des études et à occuper des emplois compétitifs;*
 - *maintenir des relations et des contacts réguliers avec les acteurs locaux et régionaux en matière de formation et d'emploi;*
 - *développer au besoin des ententes de partenariat;*
 - *informer régulièrement le milieu sur la réalisation de ces mandats.*
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure que ce guichet unique puisse s'adapter aux réalités particulières des territoires de Portneuf et de Charlevoix.**

Pour combattre les préjugés et agir en amont de l'accès à l'emploi

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec favorise et soutienne la mise en place de programmes de conscientisation et de formation sur les problématiques de la santé mentale, les impacts de celles-ci sur les activités de la personne et les capacités des usagers à occuper un emploi de qualité; que ce programme soit offert prioritairement aux employés du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, des organismes communautaires, des CLSC et aux employeurs.**

Pour mieux cerner le rôle de l'État à l'égard des usagers et de leur relation à l'emploi et au travail

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec favorise et soutienne une réflexion en profondeur sur le rôle de l'État à l'égard des usagers qui profitent du programme de la sécurité du revenu depuis plus de cinq ans (assistance-emploi avec des contraintes sévères à l'emploi), qui se sont investis largement et sans succès dans des processus d'intégration en emploi et pour qui les avantages de ce programme ne semblent pas compenser les bénéfices du programme gouvernemental de soutien financier.**

5.8 Sur le traitement et la réadaptation dans la communauté

Le Comité régional de soutien a conclu, en accord avec le Groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés et dans l'esprit de la résolution adoptée par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec⁴⁸, à la nécessité de doter la région de Québec d'« un véritable programme régional de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté ».

À cet égard, nous rappelons ici la définition que nous retenons pour ces services :

Définition de la réadaptation psychosociale

Selon l'I.A.P.R.S., la réadaptation psychosociale est : « Un processus visant à faciliter la restauration d'un niveau optimal de fonctionnement dans la communauté. Bien que la nature du processus et des méthodes utilisées varient dans divers milieux, la réadaptation psychosociale encourage invariablement la personne à participer activement avec les autres à l'atteinte des objectifs en matière de santé mentale et de compétences sociales. Dans plusieurs établissements, les personnes sont appelées des membres. Le processus met l'accent sur la globalité de la personne et cherche à fournir, dans une approche compréhensive (*sic* ! – on doit lire ici exhaustive), les services nécessaires à l'adaptation en matière d'emploi, de résidence, d'éducation et de croissance personnelle⁴⁹. »

Selon Marianne Farkas (1986), la réadaptation psychosociale est : « Une méthode systématique qui vise, dans un premier temps, à aider le patient psychiatrique à choisir le milieu de vie où il souhaite vivre, à évaluer ce qu'il peut faire et quel type de soutien lui est nécessaire pour se maintenir dans le milieu choisi. Dans un second temps, la démarche comportera l'enseignement de nouvelles aptitudes, complété par un programme d'apprentissage, et la mobilisation de ressources pour aider le client à atteindre son objectif. Le but de réadaptation psychique : Augmenter le succès et la satisfaction du patient de façon qu'il puisse fonctionner dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible. »

⁴⁸ Résolution 73-CA-04.01 – Concernant les orientations régionales sur les services spécialisés en santé mentale dans la communauté.

⁴⁹ Définition de l'International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (I.A.P.R.S.), 1985.

Une entité administrative

Toutefois, et compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la tâche que représentait le mandat confié par le conseil d'administration, le Comité régional de soutien propose :

- ✓ **Que le Centre hospitalier Robert-Giffard soutienne la création, à l'intérieur de son organisation, d'une entité administrative spécifique, avec répondant clinique, regroupant les ressources spécialisées et surspécialisées de traitement et de réadaptation psychiatriques;**
- ✓ **Que cette entité regroupe, dans un premier temps :**
 - *le Centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques (388, Saint-Vallier);*
 - *le Centre de traitement dans la communauté Le Benoît XV;*
 - *le Centre de traitement et de réadaptation de Nemours (avec la résidence de groupe de réadaptation et les appartements de réadaptation psychiatrique);*
 - *La Clinique de thérapie Quatre-Saisons;*
 - *Les services de réadaptation de la Clinique Le Faubourg Saint-Jean.*
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne le Centre hospitalier Robert-Giffard dans la mise en œuvre de sa contribution au programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté, particulièrement dans le cadre d'ententes formalisant des alliances stratégiques avec ses partenaires;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure, avec le concours du Centre hospitalier Robert-Giffard, que le budget global actuel des ressources précédemment déterminées soit maintenu à l'intérieur du programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté.**

Tableau 13 – Ressources financières consenties aux ressources de traitement et de réadaptation dans la communauté pour l'année 2000-2001 (CHRG)

Ressources	Budget
Centre de traitement et de réadaptation de Nemours	1 431 961 \$
- Appartements de réadaptation psychiatrique	1 268 447 \$
- Résidence de groupe de réadaptation psychiatrique	
Centre de traitement dans la communauté Le Benoît XV	1 188 943 \$
Centre psychanalytique de traitement pour jeunes psychotiques (388, Saint-Vallier)	1 288 372 \$
Clinique Le Faubourg Saint-Jean	657 971 \$
Clinique de thérapie Quatre-Saisons	456 512 \$
TOTAL	6 292 206 \$

Comité de coordination

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec mette en place un comité de coordination du programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté regroupant l'ensemble des partenaires œuvrant dans ce domaine ;**
- ✓ **Que ce comité de coordination ait le mandat suivant :**
 - *Élaborer le programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté en respectant les balises fixées par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, soit :*
 - o *offrir des services de traitement et de réadaptation de santé mentale dans la communauté, en tenant compte des besoins de la clientèle, des approches cliniques les plus efficaces et efficaces ainsi que des ressources disponibles;*
 - o *assurer des services de soutien et de consultation-liaison auprès des intervenants de première ligne œuvrant dans les CLSC et les organismes communautaires, notamment les équipes de suivi intensif et non intensif dans la communauté;*
 - o *offrir des garanties d'accès, de coordination et de continuité des services à l'intérieur du programme, en lien avec les services hospitaliers et les autres services de la communauté, pour l'ensemble de la région;*
 - *Définir les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires impliqués dans le programme;*
 - *Préciser des règles et des modalités associées à la prise de décision sur toutes les questions touchant à la nature, à la portée, au fonctionnement et au financement du programme;*
 - *S'assurer que des ententes formelles seront prises entre les divers partenaires concernant leur contribution spécifique au programme régional;*
 - *Assurer la mise en œuvre du programme et de son évaluation continue;*
 - *Soumettre aux partenaires et faire adopter par la Régie régionale de Québec le programme ainsi développé;*
 - *S'assurer que les liens nécessaires ont été établis avec le secteur de l'intégration au travail afin d'assurer, lorsqu'il y a lieu de le faire, une complémentarité et un passage harmonieux d'un secteur à l'autre dans un souci de continuité;*
 - *S'assurer que les liens nécessaires ont été établis avec les services régionaux et territoriaux, tant communautaires que publics, afin d'assurer un accès équitable aux ressources, et, lorsqu'il y a lieu de le faire, une complémentarité et un passage harmonieux d'un niveau de services à l'autre dans un souci de continuité;*

- *S'assurer que, en termes d'équité d'accès, l'ensemble des partenaires partage la nécessité de s'assurer que, quelle que soit la pathologie que présente un individu, ce soient les services requis par sa condition (habiletés fonctionnelles) qui seront pris en compte;*
- *S'assurer que le programme qui sera développé vise à maintenir le lien entre les référents et les services de réadaptation dans un souci de hiérarchisation des soins et services et même, si possible, de soins et services partagés;*
- *Amorcer les démarches pour sa création, dès que la proposition sera adoptée par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec.*

✓ **Que ce comité de coordination soit composé de représentants :**

- *des services surspécialisés de traitement et de réadaptation du Centre hospitalier Robert-Giffard;*
- *des CLSC;*
- *des organismes communautaires;*
- *des personnes utilisatrices des services;*
- *du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA);*
- *du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ);*
- *du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve;*
- *des omnipraticiens;*
- *des proches de la personne utilisatrice des services.*

5.9 Sur l'organisation des services spécialisés

La rédaction de cette partie du rapport fut réalisée concurremment avec les travaux menés sur l'organisation des services de santé physique et de santé mentale sous la présidence du sous-ministre Pierre Gabrièle. Le Comité régional de soutien reconnaît ici que certaines décisions qui seront prises dans les prochaines semaines dans la foulée de ces travaux sont susceptibles d'influencer certaines propositions et orientations retenues au chapitre des services spécialisés.

De façon générale, le Comité régional de soutien est en accord avec l'esprit des recommandations du GTSSS relatives à l'organisation des services spécialisés. Il tient toutefois à insister sur la nécessité que les milieux hospitaliers soient outillés adéquatement pour répondre aux soins requis. À cet égard, le Comité partage largement les arguments du Conseil médical du Québec sur la nécessité « d'assurer, en deuxième ligne, la présence de ressources humaines multidisciplinaires spécialisées ainsi que le support logistique et administratif nécessaire pour assumer les services tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier⁵⁰. »

Considérant les différentes mesures proposées dans ce rapport, le Comité régional de soutien propose :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec les établissements concernés, s'assure de la présence des ressources humaines nécessaires et du soutien logistique et administratif approprié pour assumer les services précisés pour les centres hospitaliers dans ce rapport.**

Responsabilité des services spécialisés

Le Comité régional de soutien a examiné avec beaucoup d'attention et d'intérêt les recommandations qui lui ont été adressées par le GTSSS et convient de la nécessité que les services spécialisés de psychiatrie soient prioritairement sous la responsabilité des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, tout comme le recommande l'OMS.

Toutefois, et compte tenu de l'expérience d'intégration virtuelle réalisée ces dernières années par le Centre hospitalier Robert-Giffard (Clinique Roy-Rousseau) et le CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus sur le plan non seulement de l'urgence mais également des services spécialisés de psychiatrie de même que des services de soutien clinique, de formation et de supervision des équipes de santé mentale des CLSC La Source, Orléans et Basse-Ville – Limoilou – Vanier, et des services de la clinique d'évaluation dédiés aux omnipraticiens de ces territoires, le Comité régional de soutien ne juge pas nécessaire de rendre ce critère exclusif.

⁵⁰ Conseil médical du Québec. Avis. Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Montréal, septembre 2001, p. 76.

Décision

Compte tenu de l'expérience de concertation clinique réalisée par le Centre hospitalier Robert-Giffard et le CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus pour la dispensation de services qui rejoignent les orientations retenues par le Comité régional de soutien au regard des activités d'évaluation-liaison et du soutien psychiatrique de la première ligne;

Compte tenu également des démarches en cours afin que la région de Québec puisse obtenir la nomination d'un institut universitaire de psychiatrie; que ces démarches impliquent la désignation du Centre hospitalier Robert-Giffard; et de la nécessité de pouvoir compter sur un milieu intégrant des activités de nature spécialisée de deuxième ligne et surspécialisée de troisième ligne :

Le Comité régional de soutien a convenu qu'il ne donnerait pas suite à la recommandation du GTSSS d'opérer un transfert des activités de deuxième ligne actuellement réalisées au CHRG – Clinique Roy-Rousseau vers les départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Le Comité régional de soutien recommande qu'une évaluation du modèle de concertation clinique développé par le Centre hospitalier Robert-Giffard et le CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus soit réalisée afin d'en vérifier la pertinence et l'efficacité.

Le Comité régional de soutien recommande également une évaluation de l'organisation et des ressources des services psychiatriques compris dans chacun des jumelages aux fins de s'assurer de la capacité de ces services d'assurer la réalisation des orientations retenues dans le présent rapport.

Cette décision ne modifie pas les orientations préalablement prises par la Régie régionale de Québec au regard de la diminution de lits qui doit être réalisée dans l'ensemble de la région de Québec.

Jumelage des première et deuxième lignes

Le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne l'intégration des services de première et de deuxième lignes par le jumelage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés avec les partenaires privés, publics et communautaires par territoire de CLSC.**

Nous présentons dans le tableau 14 les jumelages recommandés par le Comité régional de soutien.

Tableau 14 – Jumelages entre les services de psychiatrie et les territoires/organisations

Services de psychiatrie	Territoires/organisations
- Centre hospitalier universitaire de Québec – Centre hospitalier de l’Université Laval - Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital du Saint-Sacrement - Hôpital Laval	- CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien - Les CLSC-CHSLD de Portneuf - CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau - Unité de médecine familiale du Centre hospitalier universitaire de Québec – Centre hospitalier de l’Université Laval - Unité de médecine familiale de l’Hôpital Laval - Cabinets privés - Groupes de médecine familiale - Organismes communautaires
- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l’Enfant-Jésus - Centre hospitalier Robert-Giffard – Clinique Roy-Rousseau	- CLSC-CHSLD La Source - Centre local de services communautaires Orléans - CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier - Unité de médecine familiale du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l’Enfant-Jésus - Unité de médecine familiale du Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François-d’Assise - Cabinets privés - Groupes de médecine familiale - Organismes communautaires
- Centre hospitalier universitaire de Québec – L’Hôtel-Dieu de Québec	- CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières - Unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières - Consultation/liaison pour le Centre hospitalier universitaire de Québec – Hôpital Saint-François-d’Assise - Cabinets privés - Groupes de médecine familiale - Organismes communautaires
- Centre hospitalier de Charlevoix	- Centre local de services communautaires Charlevoix - Cabinets privés - Groupes de médecine familiale - Organismes communautaires

- ✓ **Que cette intégration des services entre la deuxième ligne et les première et troisième lignes soit soutenue par le développement de liens fonctionnels, notamment par la mise en place dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de professionnels assurant la liaison.**

Tout comme le recommande le GTSSS, ces professionnels responsables de la liaison et de la concertation devront :

- assumer la fonction de liaison avec les première et troisième lignes après expertise ou à la fin de l'épisode de soins;
 - maintenir une excellente connaissance du réseau et de ses intervenants;
 - établir les contacts avec les partenaires;
 - s'assurer de la continuité sans faille des soins;
 - s'organiser en réseau avec les autres agents de liaison des services des urgences, des CLSC et des organismes communautaires (concertation).
- ✓ **Que cette intégration soit soutenue par des ententes contractuelles entre les départements de psychiatrie et les CLSC prévoyant jusqu'à 7 heures par semaine de présence-psychiatre par territoire;**
 - ✓ **Que cette intégration soit appuyée par un principe d'imputabilité multilatérale. D'abord un axe d'imputabilité « médicale » où, d'une part, on s'assurerait de l'imputabilité d'apporter une réponse de soutien clinique, de formation et de supervision dans le traitement et d'évaluation par les psychiatres via les départements de psychiatrie et où, d'autre part, on s'assurerait de l'imputabilité du suivi des clientèles par les omnipraticiens des territoires via le Département régional de médecine générale. Ensuite, un second axe d'imputabilité « organisationnelle » interpellerait, d'une part, les établissements (CHSGS, CHSP, CLSC) et, d'autre part, les organismes communautaires, pour qu'ils soient imputables d'une réponse adéquate aux besoins de la clientèle dans leurs rôles respectifs et au regard de leur caractère spécifique.**

Module d'évaluation-liaison

Le Comité régional de soutien recommande également :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en place d'un module d'évaluation-liaison (MEL) en soutien aux omnipraticiens par unité de jumelage entre la première et la deuxième lignes, pour un total de quatre modules d'évaluation-liaison;**
- ✓ **Que les modalités de ces modules d'évaluation-liaison comprenant, entre autres, l'idée d'un guichet unique et la définition du personnel de soutien administratif et infirmier nécessaire à la coordination, soient définies par la Régie régionale de Québec en concertation avec l'éventuel comité régional de psychiatrie et les départements de psychiatrie de la région.**

- ✓ **Qu'on poursuive l'objectif que le délai d'attente pour une évaluation dans un module d'évaluation / liaison ne dépasse pas quatre semaines et qu'il soit réduit davantage.**
- ✓ **Qu'on définisse les modalités spécifiques s'appliquant à des références du module d'évaluation-liaison vers les services spécialisés et, si nécessaire, surspécialisés.**

Requis de soins psychiatriques

Le Comité régional de soutien estime essentiel d'actualiser la notion d'épisode de soins pour les services spécialisés et surspécialisés, tant pour l'hospitalisation que pour le suivi externe, et recommande donc :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure, en collaboration avec l'éventuel comité régional de psychiatrie, que les travaux nécessaires à la définition opérationnelle de la notion d'épisode de soins soient réalisés;**
- ✓ **Que les départements de psychiatrie, soutenus par l'éventuel comité régional de psychiatrie, s'assurent de la diffusion et de l'implantation des éléments opérationnels liés à cette notion d'épisode de soins.**

Portes d'entrée des services d'hospitalisation

Le Comité régional de soutien convient de la nécessiter de limiter les portes d'entrée aux lits d'hospitalisation aux seuls services des urgences et de l'intérêt que peut représenter la désignation d'un psychiatre coordonnateur des admissions, qui pourrait être en priorité le psychiatre responsable de l'urgence.

Toutefois, il apparaît clair que les départements de psychiatrie doivent être mis à contribution dans la définition de ce rôle. Aussi, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure, en collaboration avec l'éventuel comité régional de psychiatrie et les départements de psychiatrie : qu'un contrôle adéquat de l'admission et de l'utilisation des lits de psychiatrie soit effectué; que cette admission soit coordonnée par un psychiatre désigné pour ce faire; et que ce soit le psychiatre responsable de l'urgence qui cumule ce rôle;**

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure, avec la collaboration de l'éventuel comité régional de psychiatrie et les départements de psychiatrie, que soient déterminées les règles nécessaires à un contrôle adéquat de la gestion des lits et à leur utilisation optimale^{51, 52}.**

Services d'urgence

Les travaux qui ont cours présentement sur l'organisation des services de santé physique et de santé mentale, présidés par le sous-ministre Pierre Gabrièle, induisent une réflexion sur la configuration globale du réseau des services de santé dans notre région. Il est évident qu'une reconfiguration majeure des alliances qui ont cours actuellement dans les établissements de santé demanderait un ajustement d'un certain nombre de paramètres définis dans le présent rapport, en particulier pour ce qui est des services d'urgence.

Quoi qu'il en soit, l'urgence demeure une clé importante de l'organisation des services, particulièrement si on s'assure de la mise en application des recommandations formulées précédemment sur l'accès à l'hospitalisation. Aussi, et compte tenu des informations disponibles au moment de soumettre ce rapport, le Comité régional de soutien, en accord avec les paramètres définis par le GTSSS concernant les services d'urgence, réaffirme :

- ✓ **La nécessité de situer la question des urgences psychiatriques dans un contexte régional global qui tienne compte de la réalité particulière de la clientèle des services d'urgence qui présente un problème de santé mentale;**

⁵¹ Rappelons ici le cadre légal qui définit les responsabilités des chefs de départements cliniques : LSSSS, article 189 : « Le chef de département clinique exécute, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes : 1° coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens conformément à l'article 214, les activités professionnelles des médecins (...) de son département; 2° gérer les ressources médicales (...); 3° élaborer, pour son département, des règles d'utilisation des ressources médicales (...) ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins (...) ainsi que des ressources matérielles de son département; 5° faire la liste de garde conformément aux règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application; 6° s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques dans son département; 7° voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'il a élaborées pour son département et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin (...) de ces règles.

Les règles d'utilisation prévues au paragraphe 3° du premier alinéa doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. (...) Lorsque le chef de département clinique néglige d'élaborer les règles d'utilisation des ressources, le directeur général peut demander au directeur des services professionnels de les élaborer. »

⁵² LSSSS, article 191 : « Les règles d'utilisation des ressources prévues au paragraphe 3° du premier alinéa de l'article 189 doivent notamment prévoir qu'aucun lit ne peut être réservé à un médecin ou à un dentiste particulier pour des usagers qu'il traite et qu'en cas de nécessité, le directeur des services professionnels ou, en l'absence de directeur des services professionnels, le médecin désigné à cette fin par le directeur général peut désigner un département ou un service dans lequel un lit doit être mis à la disposition d'un usager. »

-
- ✓ **L'importance de limiter l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie en fonction des paramètres définis précédemment, notamment en confiant la gestion de cet accès aux psychiatres coordonnateurs des urgences;**
 - ✓ **L'importance de soutenir cette orientation en limitant en particulier le nombre de portes d'entrée et, donc, le nombre d'urgences psychiatriques dans la région;**
 - ✓ **La nécessité d'une approche soutenue par une équipe interdisciplinaire dédiée au contexte des services d'urgence psychiatrique;**
 - ✓ **La nécessité que l'urgence psychiatrique soit appuyée par un bassin suffisant de lits de psychiatrie immédiatement accessibles⁵³.**

De façon idéale, le Comité régional de soutien recommande donc :

- ✓ **De maintenir ou de développer un service d'« urgence psychiatrique spécifique » pour les hôpitaux qui reçoivent une affluence importante⁵⁴ et qui sont, à ce jour :**
 - *Le CHA - Hôpital de l'Enfant-Jésus;*
 - *Le CHUQ - Centre hospitalier de l'Université Laval.*

Cependant, de façon à ne pas fermer une ressource qui pourrait répondre à des besoins spécifiques de la clientèle, le Comité régional de soutien recommande également :

- ✓ **De maintenir les activités actuelles d'urgence psychiatrique au CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec en y effectuant toutefois un monitoring pour une période de six mois à un an, portant sur l'affluence, les caractéristiques particulières de la clientèle, le parcours/trajectoire que la clientèle emprunte, et la spécificité du milieu et du contexte en présence;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec le département de psychiatrie du CHUQ, l'éventuel comité régional de psychiatrie, la table territoriale de concertation intersectorielle Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville-des-Rivières et les instances régionales de concertation sur l'itinérance, examine la pertinence de dédier des ressources du CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec aux fins de répondre à des besoins spécifiques de personnes présentant une maladie mentale avec des problématiques associées.**

⁵³ Un tiers de la clientèle présentant un problème de santé mentale qui se présente à l'urgence nécessite une hospitalisation.

⁵⁴ Cette affluence est évaluée à 3 000 consultations/année et plus.

Finalement, dans un souci de cohérence avec les orientations et recommandations précédemment présentées, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **De ne pas maintenir d'activités d'urgence psychiatrique là où le nombre de consultations ne le justifie pas et qu'aucune raison ne l'impose, et de regrouper ces activités avec une urgence psychiatrique spécifique.**

5.10 Sur l'organisation des services surspécialisés

La Comité régional de soutien, en accord avec le GTSSS, propose :

Critères pour définir les services surspécialisés

- ✓ **Qu'une délimitation des services surspécialisés soit faite en fonction de critères précis, dont notamment la complexité, la sévérité, les types d'intervention et la prestation sur une base régionale;**
- ✓ **Que ces critères soient élaborés par le comité régional de psychiatrie et soumis à la Régie régionale de Québec;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec le comité régional de psychiatrie, s'assure que les critères d'accès aux services surspécialisés ont été clairement définis et adéquatement diffusés.**

Maintien des services

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec maintienne les services surspécialisés actuellement développés dans ces milieux au Centre hospitalier Robert-Giffard, au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA);**
- ✓ **Que le concept d'« épisode de soins » soit appliqué aux services surspécialisés dans le même esprit que pour les services spécialisés;**
- ✓ **Que l'obligation d'imputabilité dans la prestation de services selon les besoins des personnes soit assumée par les services surspécialisés au même titre que cette notion est appliquée aux services de première ligne ou aux services spécialisés.**

Nouveaux services

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure que tous les nouveaux services créés le soient avec la préoccupation de favoriser le maintien de la personne dans la communauté et de ne pas favoriser les admissions hospitalières.**

Développement de services – consultation-liaison⁵⁵

La consultation-liaison est une fonction méconnue du travail des psychiatres de notre région. Sa définition et même son rôle sont peu connus.

La psychiatrie de consultation-liaison a vu le jour au milieu des années 1910 aux États-Unis. Au Québec, ce n'est que dans les années 1970 qu'on a vu apparaître la psychiatrie de consultation-liaison. Alors que traditionnellement la psychiatrie se pratiquait dans des hôpitaux psychiatriques ou leur équivalent, on constatait que plusieurs patients traités pour des problèmes médicaux ou chirurgicaux présentaient des problèmes psychologiques ou une grande détresse psychologique. C'est donc pour répondre à cette demande que certains psychiatres ont commencé à travailler en hôpital général. À cette époque, le terme « psychosomatique » était régulièrement utilisé pour parler de la clientèle des patients médico-chirurgicaux chez qui les aspects psychologiques étaient importants dans l'explication de leur symptomatologie physique. Ce terme a retrouvé aujourd'hui son acception originelle et n'est plus associé formellement aux activités de consultation-liaison.

La psychiatrie de consultation-liaison est d'abord l'intervention des psychiatres auprès des patients médico-chirurgicaux et auprès des médecins qui offrent des services à ces patients. La psychiatrie de consultation-liaison s'intéresse à la prévention, au diagnostic, au traitement, à la recherche et à l'éducation sur les troubles psychiatriques chez les patients médico-chirurgicaux. La psychiatrie de consultation-liaison se pratique dans les milieux hospitaliers généraux, mais aussi dans les cliniques où se présentent les patients médico-chirurgicaux. Il n'est donc pas rare pour les psychiatres de consultation-liaison de travailler avec des omnipraticiens, tout comme avec les différents spécialistes des disciplines médicales et chirurgicales.

Bien qu'on puisse parler d'une pratique de la psychiatrie de consultation-liaison dite « générale », puisque le psychiatre travaille auprès des différentes clientèles médicales ou chirurgicales, il existe des domaines de pratique auprès de clientèles plus spécifiques. On parle ici du travail des psychiatres de consultation auprès de la clientèle des cliniques de la douleur, de la clientèle de la néphrologie (psycho-néphrologie) ou de l'oncologie (psycho-oncologie). On peut également mentionner le travail des psychiatres auprès des personnes atteintes de fibrose kystique du pancréas, auprès de la clientèle de cliniques spécialisées d'infertilité, de ménopause, de grossesse à risque. On retrouvera également des interventions de consultation-liaison psychiatrique auprès de clientèles spécialisées en cardiologie, en pneumologie, auprès des grands brûlés. En général, ce travail auprès des clientèles spécifiques garde les mêmes intérêts de base pour la prévention, le diagnostic, le traitement, la recherche et l'éducation sur les troubles psychiatriques chez les patients médico-chirurgicaux.

⁵⁵ Nous nous inspirons largement ici d'un texte du D^r Fabien Gagnon, chef du service de psychiatrie de consultation-liaison du CHUQ.

The American Psychiatric Publishing⁵⁶ a publié un recueil sur la psychiatrie de consultation-liaison. Outre les fonctions liées à des troubles psychiatriques rencontrés chez la clientèle en général des patients hospitalisés, l'ouvrage traite en détail des fonctions de consultation-liaison liées à la médecine interne et aux surspécialités afférentes, à la chirurgie et aux surspécialités chirurgicales afférentes, à la transplantation, à l'oncologie et à la psycho-oncologie, à la neurologie et à la psycho-neurologie, à l'obstétrique et à la gynécologie, à la pédiatrie, aux unités de soins intensifs et aux services d'urgence, aux soins palliatifs, les soins aux personnes vivant avec le VIH-sida, pour ne nommer que celles-là.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne le regroupement, sur la base d'un modèle régional, des psychiatres offrant des services de consultation-liaison, sous la responsabilité du CHUQ – Centre hospitalier de l'Université Laval.**

Développement de services – double problématique santé mentale et toxicomanie

Compte tenu de la comorbidité élevée des problèmes de toxicomanie chez les personnes présentant un trouble mental sévère et complexe :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec le Centre hospitalier Robert-Giffard et le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, soutienne le développement d'un programme régional surspécialisé de comorbidité de toxicomanie et de trouble mental sévère et complexe;**
- ✓ **Que ce programme soit assujéti à l'organisation des services qui sera déterminée par le comité régional sur la double problématique toxicomanie et santé mentale dans le rapport qu'il déposera sous peu à l'attention de la direction générale de la Régie régionale de Québec.**

⁵⁶ M.G. Wise et J.R. Rundell. The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the medically ill, Second Edition. 2002.

5.11 Sur les structures de concertation et de soutien à l'action

Le Comité régional de soutien a regroupé ici cinq propositions qui lui semblaient pouvoir soutenir la mise en place des outils de concertation nécessaires pour appuyer les différentes actions proposées dans le présent rapport.

1- Commission intersectorielle régionale

Afin de soutenir l'ensemble du suivi de la transformation et de la consolidation des services de santé mentale que suppose le présent rapport :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec convienne de la mise en place, assure le fonctionnement et la présidence d'une commission intersectorielle régionale sur les services de santé mentale;**
- ✓ **Que cette commission ait le mandat suivant :**
 - *Assurer le suivi des orientations retenues par la Régie régionale de Québec en matière de services de santé mentale;*
 - *Définir, proposer et, au besoin, mettre à jour un plan d'action régional en santé mentale;*
 - *Procéder à la mise en place des tables et comités nécessaires à la réalisation de son mandat;*
 - *Convenir des modalités appropriées au soutien et au suivi des travaux de ces tables et comités;*
 - *Au besoin, formuler des recommandations auprès de la direction générale de la Régie régionale de Québec;*
 - *Aviser la direction de l'organisation des services (santé mentale, adaptation et intégration sociales) sur les de financement de la mise en œuvre et du suivi de la planification et des propositions, en tenant compte des priorités territoriales et régionales et des ressources disponibles;*
 - *Soutenir le développement d'un programme de formation en lien avec la transformation et la consolidation des services de santé mentale;*
 - *Définir et soutenir la réalisation d'un programme d'évaluation et de l'ensemble des activités de monitoring nécessaires à la réalisation de son mandat et du suivi des orientations adoptées.*

✓ **Que cette commission soit composée notamment de représentants :**

- *des usagers;*
- *des parents et des proches;*
- *du milieu communautaire;*
- *des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés;*
- *du centre hospitalier de soins psychiatriques;*
- *du comité de coordination du programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté;*
- *des CLSC;*
- *des omnipraticiens;*
- *du comité régional de psychiatrie;*
- *de la table de concertation intersectorielle sur l'accès au logement;*
- *de la table de concertation intersectorielle sur la formation et l'intégration au travail;*
- *des tables territoriales de concertation intersectorielle.*

2- Comité régional de psychiatrie

Afin de s'assurer de la mise en place et de la coordination de l'organisation des services spécialisés et surspécialisés en réseau :

✓ **Que la Régie régionale de Québec convienne de la mise en place et assure le fonctionnement d'un comité régional de psychiatrie;**

✓ **Que ce comité ait le mandat suivant :**

- *Soutenir l'organisation d'un réseau de services intégrés en ce qui a trait aux fonctions dévolues aux psychiatres;*
- *Assurer une répartition adéquate de l'effectif psychiatrique;*
- *S'assurer de la mise en application et veiller au respect des valeurs et des principes de la réorganisation en réseau;*
- *Être responsable de la mise en place et de l'application des ententes contractuelles avec les divers partenaires;*
- *Voir au recrutement de nouveaux psychiatres en fonction des besoins mesurés du réseau, tant en première ligne qu'en lien avec les services spécialisés ou surspécialisés (y compris les services de psychiatrie de consultation-liaison) et la vocation universitaire;*
- *Coordonner les relations interétablissements sur le plan clinico-administratif au regard notamment des hospitalisations, des urgences et du fonctionnement des modules d'évaluation-liaison;*
- *Assurer la définition des arrimages entre la pédopsychiatrie et les services psychiatriques offerts aux adultes;*
- *Assurer la définition des arrimages entre la gériopsychiatrie et les services psychiatriques offerts aux adultes;*
- *Établir les délais acceptables pour obtenir les services et établir des normes de qualité à cet égard;*
- *Actualiser les notions de « requis » et d'« épisode » de soins psychiatriques;*
- *Déterminer les critères pour définir les services surspécialisés;*
- *Gérer, si besoin est, d'éventuelles périodes de débordement.*

✓ **Que ce comité soit composé :**

- *d'un gestionnaire et du chef du département de psychiatrie du CHUQ;*
- *d'un gestionnaire et du chef du département de psychiatrie du CHA;*
- *d'un gestionnaire et du chef du département de psychiatrie du CHRG;*
- *d'un gestionnaire et du chef du département de psychiatrie de Charlevoix*
- *du chef de service de pédopsychiatrie du CHUQ;*
- *du directeur du département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université Laval;*
- *du président de la commission intersectorielle régionale qui sera éventuellement définie.*

3- Table de concertation intersectorielle sur l'accès au logement

Afin de soutenir l'accès au logement et les fonctions de liaison nécessaires à son développement :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en place et le fonctionnement d'une table de concertation intersectorielle sur l'accès au logement;**
- ✓ **Que cette table de concertation ait le mandat initial suivant :**
 - *Assurer le suivi des recommandations retenues à l'égard de l'accès au logement;*
 - *Définir, proposer et, au besoin, mettre à jour un plan d'action régional triennal en matière d'accès au logement;*
 - *Soutenir les territoires dans la réalisation des objectifs locaux compatibles avec les orientations régionales;*
 - *Négocier avec les différents partenaires de l'habitation des ententes de nature à assurer l'accès au logement social et privé;*
 - *Créer des groupes de travail sur des sujets divers (ex. : surveillance de la qualité);*
 - *Proposer, au besoin, la désignation de représentants de la Régie régionale de Québec à différents organismes régionaux de logement;*
 - *Organiser, au besoin, des colloques ou des journées d'étude;*
 - *Aviser la Régie régionale de Québec sur tout sujet pertinent à l'habitation et aux services de soutien au logement pour les usagers.*
- ✓ **Que cette table de concertation soit composée des principaux acteurs régionaux décisionnels (bâisseurs, gestionnaires, usagers, concepteurs de programmes, intervenants), notamment :**
 - *deux représentants des usagers;*
 - *trois représentants des CLSC;*
 - *un représentant des centres hospitaliers (volet psychiatrique);*
 - *un représentant de la Ville de Québec;*
 - *un représentant de l'Office municipal d'habitation de Québec;*
 - *trois représentants des organismes communautaires;*
 - *un représentant des organismes à but non lucratif – habitation;*
 - *un représentant des coopératives d'habitation;*
 - *un représentant des propriétaires privés;*
 - *un représentant du Centre hospitalier Robert-Giffard;*
 - *un représentant des parents et des proches.*

4- Table de concertation intersectorielle sur la formation et l'intégration au travail

Afin de soutenir le développement de l'accès à la formation et à la réussite scolaire, ainsi que l'accès au travail et à l'emploi pour les personnes présentant un problème de santé mentale :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en place et le fonctionnement d'une table de concertation intersectorielle sur la formation et l'intégration au travail;**
- ✓ **Que cette table de concertation ait le mandat initial suivant :**
 - *Assurer le suivi des recommandations retenues à l'égard de l'accès à la formation et à la réussite scolaire, ainsi que celles retenues sur l'accès au travail et à l'emploi;*
 - *Définir, proposer et, au besoin, mettre à jour un plan d'action triennal relativement à l'accès à la formation, au travail et à l'emploi;*
 - *Soutenir les territoires dans la réalisation des objectifs locaux compatibles avec les orientations régionales;*
 - *Négocier, avec différents partenaires, des ententes de nature à assurer l'intégration, la consolidation et le développement des services;*
 - *Créer des groupes de travail sur des sujets divers;*
 - *Proposer, au besoin, la désignation de représentants de la Régie régionale de Québec à différents organismes régionaux;*
 - *Organiser, au besoin, des colloques ou des journées d'étude;*
 - *Aviser la Régie régionale de Québec sur tout sujet pertinent à l'accès à la formation, au travail et à l'emploi.*
- ✓ **Que cette table de concertation soit composée des principaux acteurs régionaux décisionnels (concepteurs de programmes, gestionnaires, usagers, intervenants, employeurs, etc.), notamment⁵⁷ :**
 - *cinq usagers;*
 - *trois représentants des territoires désignés par les tables territoriales de concertation intersectorielle;*
 - *deux représentants des milieux scolaires;*
 - *un représentant du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;*
 - *un représentant des employeurs;*
 - *un représentant de l'Office des personnes handicapées du Québec;*
 - *un représentant des parents et des proches;*

⁵⁷ Au besoin, il pourrait aussi être nécessaire d'associer des représentants de syndicats.

- *un représentant d'Emploi-Québec;*
- *un représentant de la Régie régionale de Québec;*
- *un représentant de chaque organisme de la région qui dispense des services de type socioprofessionnel (L'Appui, L'Arc-en-Ciel, Croissance-Travail, ÉquiTravail, L'Éveil charlevoisien, Le Pavois);*
- *un représentant du guichet unique.*

5- Tables territoriales de concertation intersectorielle

Afin de soutenir le développement d'un réseau intégré de services sur une base territoriale (locale) :

✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en place et le fonctionnement de tables territoriales de concertation intersectorielle sur chacun des sept territoires suivants :**

- Orléans
- La Source
- Portneuf
- Charlevoix
- De la Jacques-Cartier
- Sainte-Foy–Sillery–Laurentien
- Basse-Ville–Limoilou–Vanier et Haute-Ville-des-Rivières

✓ **Que ces tables territoriales de concertation intersectorielle aient le mandat initial suivant⁵⁸ :**

- *Connaître l'état de situation de leur territoire;*
- *S'assurer d'une perception partagée de la situation en validant et complétant au besoin l'état de situation du territoire;*
- *Animer le processus d'évaluation en proposant une stratégie d'évaluation en fonction du cadre qui aura été défini par la Régie régionale de Québec et en y proposant, au besoin, des correctifs;*
- *Soutenir la mise en application du plan d'action en relevant les besoins spécifiques non répondus, en mettant en place et en gérant l'implantation du réseau local de services intégrés et en procédant, au besoin, aux arbitrages nécessaires;*
- *S'assurer que le plan d'action répond toujours aux besoins en le révisant, au besoin, avec la collaboration des partenaires;*
- *Préparer le milieu au changement en faisant circuler l'information, en rassurant les partenaires s'il y a lieu et en répondant aux questions;*
- *Définir et mettre en place les modalités nécessaires pour assurer l'accessibilité à la gamme de services;*
- *Favoriser la collaboration des différents acteurs en désignant les coalitions, en mettant en place des mécanismes de participation et en proposant un plan d'action.*

⁵⁸ Ce mandat ne se veut pas limitatif et ne voudrait pas, par l'encadrement qu'il offre, limiter l'esprit d'initiative propre à chacune des tables territoriales de concertation intersectorielle. Toutefois, la mise en œuvre des recommandations formulées par le Comité régional de soutien et s'adressant ou interpellant le niveau de responsabilité territoriale, qu'il s'agisse de sujets abordés dans le présent chapitre ou dans d'autres parties du présent rapport, est un élément incontournable.

✓ **Que ces tables territoriales de concertation intersectorielle soient composées des principaux acteurs territoriaux décisionnels, notamment :**

Un groupe de base incontournable :

- *représentants d'usagers;*
- *représentants des parents et des proches;*
- *représentants d'organismes communautaires;*
- *représentants du CLSC;*
- *représentants des omnipraticiens du territoire;*
- *représentant du centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de jumelage;*
- *un représentant de la Régie régionale de Québec.*

La présence encouragée de représentants :

- *du réseau scolaire;*
- *du réseau du travail;*
- *du réseau de l'emploi;*
- *du réseau de la sécurité publique (service de police);*
- *du réseau élargi lié au logement (Office municipal d'habitation, coopératives d'habitation, organismes sans but lucratif liés au logement, etc.);*
- *du réseau du loisir (municipal et communautaire);*
- *et d'autres personnes jugées utiles à la réalisation du mandat.*

5.12 Sur le transport des personnes

Les participants à la Conférence « À part... égale ! »⁵⁹, portant sur l'intégration des personnes handicapées, l'affirmaient haut et fort : le transport est une des clés majeures de l'intégration sociale et professionnelle des personnes présentant des limitations fonctionnelles.

Les territoires de Portneuf et de Charlevoix sont dépourvus de systèmes de transport en commun, ce qui entrave considérablement la capacité des individus de circuler, de requérir leurs services, de participer à des activités, de s'intégrer socialement.

Les territoires du Québec-Métro sont mieux pourvus, bien qu'on signale à plusieurs égards que le système actuel consiste en une série de lignes de transport partant du cœur des territoires périphériques pour « drainer » les passagers vers la ville centre. Le transport à l'intérieur d'un territoire donné peut donc s'en trouver complexifié à un point tel que certains usagers peuvent trouver plus facile de requérir leurs services au centre-ville plutôt que sur leur territoire de résidence.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec interpelle la Société de transport de Québec et les autorités responsables du transport adapté afin d'examiner avec ces partenaires la situation des personnes utilisatrices des services;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne les efforts menés dans les territoires de Portneuf et de Charlevoix pour le développement d'alternatives au transport en commun susceptibles de répondre adéquatement aux besoins des personnes utilisatrices des services.**

⁵⁹ Office des personnes handicapées du Québec. À part... égale ! Proposition de politique d'ensemble de prévention de la déficience et d'intégration sociale des personnes handicapées. Drummondville, 1984.

5.13 Sur l'effectif psychiatrique

Aborder la question de l'effectif psychiatrique de la région est sans doute l'un des sujets les plus délicats. Les angles de prise sont difficiles à établir et la plupart des analyses sont soumises à de vives critiques dès qu'elles sont émises.

Nous présentons d'abord la situation de l'effectif psychiatrique⁶⁰ tel qu'il nous est apparu au moment des travaux que nous avons réalisés (tableau 15)⁶¹. Dans un deuxième temps, nous présentons l'effectif psychiatrique en rapport avec le nombre de lits de psychiatrie de courte durée et avec le nombre de lits à couvrir en consultation-liaison (tableau 16).

Il faudra considérer, à la lecture de ces tableaux, que certains éléments d'analyse ne pouvaient être réalisés ou encore que la complexité de ceux-ci rendait la chose très difficile. Ainsi, isoler la part des postes consacrés à des fonctions surspécialisées, donc de nature régionale, relevait d'un exercice ardu et ne pouvait rendre un juste compte de la réalité. Dans le même esprit, les charges d'enseignement clinique universitaire, les charges de recherche, le travail à mi-temps (prétraite) pour les psychiatres en fin de pratique n'ont pas été considérés. Il faudra donc se garder de faire des regroupements, des calculs rapides et des comparaisons qui ne pourraient être que partiellement exacts, à partir de l'effectif présenté ici.

Le comité régional de psychiatrie dont nous avons recommandé la création devrait se voir confier le mandat de déterminer clairement la nature des charges de travail et de l'effectif psychiatrique.

Plus spécifiquement, le comité régional de psychiatrie devra voir à la répartition adéquate et équitable de l'effectif psychiatrique et au recrutement de nouveaux psychiatres en fonction des besoins mesurés du réseau et de la vocation universitaire. Il sera donc très important de se doter d'un outil de gestion cohérent avec la complexité de la structure de l'effectif psychiatrique.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec⁶², de concert avec le comité régional de psychiatrie, développe une méthodologie de détermination de la répartition de l'effectif psychiatrique qui tienne compte notamment : des besoins non comblés; des habitudes de consommation des services de la clientèle; des volumes de clientèle en présence par nature du service (en appui à la 1^{re} ligne, en services spécialisés, en services surspécialisés, en services suprarégionaux, etc.); de la contribution à l'enseignement et à la recherche universitaire; etc.**

⁶⁰ Psychiatres installés dans la région de Québec. Les chiffres présentés ici peuvent différer des décisions administratives du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM).

⁶¹ Nous remercions les D^r Édith Labonté et Yvan Gauthier pour leur aide précieuse dans la compréhension de l'effectif psychiatrique de la région.

⁶² Avec la collaboration de la Commission médicale régionale lorsqu'elle sera requise.

Tableau 15 – Effectif psychiatrique

Établissement	Nombre de psychiatres et notes
Centre hospitalier Robert-Giffard	36 2 Ψ sont en fonction à l'urgence psychiatrique du CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus
CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus	10
CHA – Hôpital du Saint-Sacrement	7 1 Ψ installé sur ordonnance du tribunal
CHUQ – Centre hospitalier de l'Université Laval (adultes)	22 1 Ψ en surplus du plan d'effectif (retour de fellowship) et dont la tâche est partagée avec le CHRG (50 % / 50 %)
CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec	10 1 Ψ en surplus du plan d'effectif (retour de fellowship) et dont la tâche est partagée avec le CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus (70 % / 30 %)
Hôpital Laval	3
Hôpital Jeffery Hale	1 ⁶³
Centre hospitalier de Charlevoix	2
Total pour la psychiatrie « adulte »	90
PÉDOPSYCHIATRIE	
CHUQ – Centre hospitalier de l'Université Laval (incluant les activités réalisées actuellement à l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus)	20
Centre hospitalier de Charlevoix	1
Total pour la région de Québec	112

⁶³ Le psychiatre qui occupait ce poste ne pratique plus dans l'établissement.

Tableau 16 – Analyse de l'effectif psychiatrique au regard du nombre de lits de psychiatrie de courte durée et de la couverture de lits en consultation-liaison⁶⁴

Établissement	Nombre de psychiatres et notes	Nombre de psychiatres vs nombre de lits de courte durée et ratio		Nombre de lits à couvrir en consultation-liaison
Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG)	20 1 urgence CHA	n.a	n.a	n.a
Centre hospitalier Robert-Giffard (Clinique Roy-Rousseau)	16 1 urgence CHA 3,5 gérontopsychiatres	11,5 Ψ 60 ⇄ - 20 ⇄ GΨ	1 Ψ pour 5 ⇄	n.a
CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus	10 1 urgence 1 gérontopsychiatre	8 Ψ 44 ⇄	1 Ψ pour 5.5 ⇄	458 ⇄
CHA – Hôpital du Saint-Sacrement	7	7 Ψ 20 ⇄	1 Ψ pour 3 ⇄	274 ⇄
CHUQ – Centre hospitalier de l'Université Laval (adultes)	22 2 urgence 2 gérontopsychiatres	18 Ψ 34 ⇄ - 5 ⇄ GΨ	1 Ψ pour 2 ⇄	303 ⇄ ⁶⁵
CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec	10	10 Ψ 33 ⇄	1 Ψ pour 3.3 ⇄	275 ⇄ + HSFA ⁶⁶
Hôpital Laval	3	3 Ψ 0 ⇄	n.a.	275 ⇄
Hôpital Jeffery Hale	1	1 Ψ 0 ⇄	n.a	? ⁶⁷
Centre hospitalier de Charlevoix	2	6	1 Ψ pour 3 ⇄	? ⁶⁸
Total ou moyenne pour la psychiatrie « adulte »	92 -11,5 affectations 80.5	58.5 191 ⇄	1 Ψ pour 3,3 ⇄	± 1 310 ⇄
Nous n'avons pas tenu compte dans l'établissement de ces ratios du nombre de Ψ affectés à la consultation-liaison.				

⁶⁴ Comme nous l'avons mentionné en introduction à cette partie du rapport, il faut se garder d'apporter au présent tableau des interprétations trop rapides qui ne tiennent pas compte de nombreux facteurs explicatifs historiques, conjoncturels ou des choix d'établissements, qu'il aurait été difficile de présenter ici.

⁶⁵ Soixante de ces lits sont des lits de pédiatrie, liés aux activités de pédopsychiatrie.

⁶⁶ Notons qu'un psychiatre du CHUQ – L'Hôtel-Dieu de Québec assure la consultation-liaison de l'Hôpital Saint-François-d'Assise qui compte, si on exclut les 50 lits de longue durée, 272 lits.

⁶⁷ Nous n'avons pas été en mesure de faire les vérifications d'usage sur la nature des services de consultation donnés dans ce milieu; nous avons donc choisi de ne pas en tenir compte dans le présent exercice. Toutefois, mentionnons que l'établissement en question ne compte plus maintenant que des lits de soins de longue durée.

⁶⁸ Nous n'avons pas été en mesure de faire les vérifications d'usage sur la nature des services de consultation donnés dans ce milieu; nous avons donc choisi de ne pas en tenir compte dans le présent exercice.

5.14 Sur la sensibilisation et la lutte aux préjugés

Il n'est pas utile de faire de longues recherches pour constater que les préjugés, les peurs et les craintes de certaines catégories de la population sont des obstacles importants à l'exercice de la citoyenneté des usagers. Les usagères et les usagers, les tables territoriales de concertation intersectorielle et les groupes de travail spécifiques ont souligné, à leur manière, comment, encore aujourd'hui, les usagers sont régulièrement confrontés à des comportements plus ou moins explicites d'exclusion.

Plusieurs organismes, tels que l'Association canadienne de santé mentale, Folie culture, La Boussole, L'Arc-en-ciel, Le Cercle polaire, La Marée, interviennent en vue de sensibiliser la population à la santé mentale et combattre les préjugés. Toutefois, le moment semble venu de dresser un état de situation au regard de ces objets (les activités, les ressources humaines et financières allouées, la planification annuelle, les plans en préparation, la réflexion sur l'efficacité et l'efficience, etc.) et de préciser des cibles prioritaires. Il convient donc de dynamiser ces sujets en y associant davantage les usagers. Dans ce contexte, nous recommandons :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec l'ensemble de ses partenaires concernés, dresse un état de situation au regard de la sensibilisation et de la lutte aux préjugés;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec propose, en concertation avec les organismes partenaires, un plan d'ensemble pour la région afin de lutter contre les préjugés à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Ce plan pourrait intégrer une campagne de sensibilisation à multiples facettes, orientée vers les préjugés les plus tenaces au regard de l'accès au logement, à la formation et à l'emploi;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec interpelle les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la nécessité que les efforts menés en région soient soutenus par une campagne nationale forte et articulée.**

6. Orientations sur certaines questions particulières

6.1 Sur la suprarégionalisation

Le Comité régional de soutien, à l'instar du GTSSS, s'est longuement questionné sur le caractère suprarégional de certains services surspécialisés et sur l'impact que ces fonctions ont sur l'ensemble de l'organisation des services dans notre région.

Sans pouvoir préciser à ce stade-ci le poids relatif des activités surspécialisées et des activités à caractère suprarégional dans l'ensemble des activités réalisées en santé mentale dans la région de Québec, mentionnons que près de 450 individus hospitalisés pour des problèmes de santé mentale dans les différents établissements de la région en 1998-1999 provenaient des autres régions du Québec.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec réalise une démarche au plan national afin que soient définis la suprarégionalisation, les services suprarégionaux offerts par la région de Québec et la nature précise de ces services.**

6.2 Sur la cohérence à établir avec le réseau de pédopsychiatrie

Le Comité régional de soutien dans l'établissement d'un réseau de services intégrés de santé mentale juge important que des liens formels soient établis entre le réseau des services destinés aux jeunes en pédopsychiatrie et celui des services offerts aux adultes en psychiatrie.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec convienne, avec la collaboration du comité régional de psychiatrie et le département de psychiatrie du CHUQ :**
 - *de délais optimaux de référence;*
 - *de modes de transfert de la pédopsychiatrie à la psychiatrie;*
 - *de liens fonctionnels pour assurer la continuité des services et leur adéquation aux besoins des jeunes n'ayant pas 18 ans révolus et qui nécessiteraient une intervention en psychiatrie adulte, et à ceux des jeunes ayant 18 ans révolus et qui trouveraient avantage à être maintenus en pédopsychiatrie le temps de compléter un traitement.*
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec s'assure, de concert avec le comité régional de psychiatrie, que soit introduite dans les pratiques une préoccupation, d'une part, pour les parents de jeunes présentant des troubles mentaux et, d'autre part, pour les enfants d'adultes présentant des troubles mentaux, afin de dépister, le cas échéant, des problèmes de santé mentale auprès de ces groupes cibles particuliers.**

6.3 Sur la gérontopsychiatrie⁶⁹

Dans son rapport, le GTSSS mentionne qu'« Il reste à clarifier ce qui appartient au domaine de la psychiatrie spécialisée et à celui des services surspécialisés en ce qui a trait à la gérontopsychiatrie (...) ». Sa recommandation porte sur la désignation des établissements les plus susceptibles d'assumer la responsabilité des services surspécialisés en gérontopsychiatrie.

Le Comité régional de soutien considère qu'il ne possède pas, à ce stade-ci, les informations nécessaires pour statuer sur cette question. De plus, l'absence de représentants de la discipline spécifique qu'est la gérontopsychiatrie au sein du comité rend ardu le travail sur l'ensemble de cette question. Toutefois, le Comité régional de soutien tient à réaffirmer l'importance grandissante de cette spécialité et à quel point son positionnement pour l'avenir est un enjeu majeur. Aussi, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne la mise en place d'un comité chargé d'apporter à l'éventuelle commission intersectorielle régionale et à la direction générale de la Régie régionale de Québec un avis sur la contribution de la gérontopsychiatrie dans l'organisation des services offerts aux personnes âgées.**
- ✓ **Que ce comité ait pour mandat :**
 - *de définir la contribution spécifique de la gérontopsychiatrie dans l'organisation des services aux personnes âgées, dans l'esprit de la hiérarchisation des soins employée dans le modèle d'organisation des services de psychiatrie;*
 - *de proposer, s'il y a lieu, les termes d'un appel d'offre régional au regard de la responsabilité des services surspécialisés en gérontopsychiatrie.*
- ✓ **Que ce comité soit formé des représentants suivants :**
 - *un représentant du comité régional de psychiatrie;*
 - *un représentant du CHUQ;*
 - *un représentant du CHA;*
 - *un représentant du CHRG;*
 - *deux gérontopsychiatres désignés par leurs pairs;*
 - *un gériatre désigné par ses pairs;*
 - *un omnipraticien désigné par le Département régional de médecine générale.*

⁶⁹ Nous avons choisi de retenir l'appellation « gérontopsychiatrie » (plutôt que psychogériatrie) parce que c'est le terme utilisé dans la littérature médicale internationale (littérature anglo-saxonne, française, suisse [berceau de la discipline]) et parce que cette appellation décrit mieux la nature et l'origine de cette surspécialité psychiatrique que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est en voie de reconnaître officiellement.

6.4 Sur l'Institut de psychiatrie

Dans son rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation mondiale de la santé insiste sur la nécessité que dans les pays bien pourvus on se préoccupe particulièrement de la recherche et du développement des connaissances concernant les différents aspects de la santé mentale, de sa prévention, de son traitement et plus largement de la promotion de la santé mentale des populations. Les recommandations du Conseil médical du Québec vont dans le même sens.

Le rapport du GTSSS avait pour sa part mentionné sa déception de n'avoir pu aller plus loin sur ce sujet et avait souhaité que la nature de ses travaux soit en elle-même un apport à la réflexion sur la nécessité de l'établissement d'un institut de psychiatrie dans la région de Québec.

Le Comité régional de soutien affirme ici la nécessité que la région de Québec puisse compter sur un ensemble structurel dédié à la recherche et à l'enseignement qui soit fort, articulé et qui puisse répondre aux défis complexes de l'avenir. Que ce soit dans les champs de la prévention des troubles mentaux, de leur traitement ou de leur étiologie, ou que ce soit sur la capacité d'assurer un regard critique sur la prestation des services, la recherche est primordiale.

Ainsi, le Comité régional de soutien recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec soutienne le Centre hospitalier Robert-Giffard et tous les collaborateurs qui voudront s'associer à la démarche de partenaires désireux de voir un ou plus d'un établissement de la région de Québec désignés pour l'organisation d'un institut universitaire de psychiatrie et plus largement en santé mentale;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec fasse connaître au ministère de la Santé et des Services sociaux son intérêt pour l'établissement d'un institut universitaire dans la région de Québec, par une lettre d'intention lui faisant part de la démarche qu'elle entend suivre pour faire valoir son point de vue sur le sujet.**

6.5 Sur la cohérence à établir avec le réseau « suicide »

Le plan d'action 2001-2002 sur la consolidation et la transformation des services de santé mentale de la région de Québec – Services aux adultes intégrait le plan d'action régional déjà en place en prévention du suicide.

✓ **Que la Régie régionale de Québec intègre dans le plan d'action qu'elle adoptera au regard de la santé mentale les mesures du plan d'action régional en prévention du suicide, notamment en ce qui a trait :**

- *à l'amélioration de l'accès à la gamme essentielle des services;*
- *à l'amélioration des compétences professionnelles;*
- *à la participation au suivi des personnes ayant un problème de santé mentale et à risque suicidaire;*
- *au soutien des proches endeuillés.*

6.6 Sur la cohérence à établir avec le réseau « itinérance »

Le plan d'action 2001-2002 sur la consolidation et la transformation des services de santé mentale de la région de Québec – Services aux adultes intégrait le plan d'action communautaire sur l'itinérance de Québec déjà en place.

✓ **Que la Régie régionale de Québec intègre dans le plan d'action qu'elle adoptera au regard de la santé mentale les mesures du plan d'action communautaire sur l'itinérance, notamment en ce qui a trait à la consolidation de ce qui se fait déjà dans ce secteur, pour permettre, entre autres, de s'assurer d'un meilleur accès aux services et aux ressources de santé mentale, que ce soit en prévention, en situation de crise et traitement, en réadaptation, en réinsertion sociale ou en maintien dans le milieu.**

6.7 Sur les troubles thymiques et anxieux

Tant dans le rapport de l'OMS que dans l'avis du Conseil médical du Québec, la réalité grandissante des troubles thymiques et anxieux pose la nécessité d'une réflexion plus spécifique sur ces problématiques. Le CMQ fait même de la dépression et du suicide une cible principale d'intervention.

Dans le même esprit que pour la gérontopsychiatrie, le GTSSS mentionne dans son rapport la nécessité d'établir ce qui appartient au domaine de la psychiatrie spécialisée et à celui des services surspécialisés en ce qui a trait aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux. De même, le GTSSS propose qu'une démarche vienne soutenir la désignation d'un ou de plus d'un établissement qui seraient responsables de la dispensation de services surspécialisés auprès de personnes souffrant de ces troubles.

Le Comité régional de soutien considère qu'il ne possède pas, à ce stade-ci, les informations nécessaires pour statuer sur cette question. Toutefois, le Comité régional de soutien considère la problématique soulevée comme très importante et recommande :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec demande un avis prioritaire à l'éventuelle commission intersectorielle régionale et à l'éventuel comité régional de psychiatrie, sur l'application du modèle d'organisation des services défini par le présent rapport, au regard de la clientèle des personnes présentant des troubles thymiques ou anxieux, et sur la nécessité de mettre en place des services surspécialisés visant la clientèle complexe ou réfractaire aux traitements spécialisés.**

7. Ressources

Aborder la question des ressources, c'est toucher une question complexe. Dans le présent rapport, il a été impossible de quantifier chacune des mesures proposées. Ce travail, qui devra être fait le plus rapidement possible, constituera un élément clé du plan de travail qui devra découler des recommandations qui seront retenues.

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en fonction des recommandations qui auront été retenues, commande la préparation d'un plan de travail triennal visant la mise en œuvre des orientations retenues, mentionnant les contributions attendues des différents acteurs concernés, précisant les résultats escomptés, déterminant le financement nécessaire et ses sources et établissant des échéanciers cohérents;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, conformément aux objectifs fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la répartition du financement, maintienne le cap d'une répartition dans des proportions de 40 % pour l'hospitalisation et de 60 % pour les services dispensés dans la communauté.**

Sur ce dernier élément, une analyse sommaire des dépenses du programme «santé mentale» dans la région de Québec nous permet d'estimer que la proportion des sommes consacrées à l'hospitalisation est actuellement de 50 % des dépenses totales de la région⁷⁰. Nous présentons à l'annexe IX un portrait de la situation financière du programme de santé mentale dans la région de Québec.

Le budget du Centre hospitalier Robert-Giffard

Puisque le budget de 113 M\$ du Centre hospitalier Robert-Giffard est souvent évoqué dans les discussions sur le financement du programme de santé mentale dans la région de Québec, il est important d'amener quelques nuances sur celui-ci.

Secteurs vs Années budgétaires	1997-1998 000 \$	1998-1999 000 \$	1999-2000 000 \$	2000-2001 000 \$	Évolution %
- <i>Santé mentale</i>	93 042	86 422	90 193	91 512	98 %
- Déficience intellectuelle	5 812	6 112	6 900	12 300	212 %
- Santé physique court terme et long terme	10 628	10 066	10 307	9 386	88 %
Total CHRQ	109 482	102 600	107 400	113 198	103 %

La portion du budget du Centre hospitalier Robert-Giffard dédiée à la santé mentale est de 91,5 M\$.

⁷⁰ En excluant les dépenses du CHSLD du CHRQ. Ces dépenses atteignent actuellement 31 M\$, soit 22,3 % des sommes dépensées pour les services de santé mentale dans la région de Québec. C'est ce budget qui est souvent associé à la clientèle dite « historique » de l'établissement.

Pour l'année 2000-2001, si on examine la structure du financement des services « santé mentale » du CHRG, on arrive au constant suivant :

Budget vs fonctions en santé mentale	Courte durée		Longue durée	Total
	Clients admis ⁷¹ (hospitalisation)	Clients inscrits ⁷² (sans hospitalisation)	CHSLD	
	000 \$	000 \$	000 \$	
Budget 2000-2001	37 888	22 578	31 046	91 512
Poids relatif	41 %	25 %	34 %	100 %
Si on exclut la fonction CHSLD le poids relatif des fonctions restantes devient :				
Poids relatif	63 %	37 %	n.a.	60 466 100 %

Les ressources financières actuelles

Au Québec, l'évolution des dépenses dans les différents programmes-clientèle a progressé de 9 408 028 \$ en 1993-1994 à 9 955 595 \$ en 1999-2000. Il s'agit d'une hausse de près de 6 %, soit deux fois moins (± 14 %) que l'augmentation des dépenses de santé mentale qui sont passées de 817 021 \$ à 928 623 \$ pendant la même période⁷³.

Le poids des dépenses de santé mentale de la région de Québec par rapport aux autres régions du Québec nous indique que le budget de la région de Québec, la deuxième en importance sur le plan des dépenses, est passé de 16,66 % du total du budget québécois en 1994-1995 (142 202 \$ / 853 491 \$) à 15,07 % en 1999-2000 (139 948 \$ / 928 621 \$). Cette diminution a affecté le budget (-2 254 \$) et le poids relatif (1,6 %) des dépenses par rapport à l'ensemble du Québec⁷⁴.

Parallèlement, le budget de la région de Montréal-Centre est passé de 45,20 % (385 799 \$) à 42,53 % (394 964 \$) pour la même période. Cette diminution plus substantielle du poids relatif (2,67 %) n'a pas eu d'effet négatif sur le budget de la région (+ 9 165 \$).

⁷¹ Les expressions « clients admis » et « clients inscrits » sont inspirées de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et font référence aux statuts distinctifs liés à l'admission dans un lit par rapport à l'inscription dans un programme ou à un service qui ne requiert pas d'hospitalisation.

⁷² La clientèle inscrite au Centre hospitalier Robert-Giffard regroupe celle qui utilise les services définis dans le cadre de la section sur le programme de traitement et de réadaptation dans la communauté (6,2 M\$) ainsi que celle des cliniques externes, de l'unité de traitement psychiatrique ambulatoire, de l'hôpital de jour, etc.

⁷³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Dépenses réelles nettes selon le programme-clientèle, au Québec, de 1993-1994 à 1999-2000. Site internet du MSSS, avril 2001.

⁷⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Info-Contour – Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-clientèles du Ministère. Québec, mai 2001.

Pour l'année 2000-2001, les dépenses de santé mentale⁷⁵ dans la région de Québec atteignaient près de 140 M\$ répartis comme suit :

- centre hospitalier psychiatrique ⁷⁶	91 512 \$
- centres locaux de services communautaires	18 946 \$
- centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	20 434 \$
- organismes communautaires	8 711 \$
- centres d'hébergement et de soins de longue durée	97 \$

TOTAL 139 700 \$

Le poids relatif du programme de santé mentale par rapport à chaque catégorie d'établissement est le suivant :

Catégorie d'établissement	Poids relatif vs budget régional de 139 700 \$	Poids relatif vs budget régional de 108 700 \$ ⁷⁷
Centre hospitalier psychiatrique	66,5 %	55,7 %
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	14,6 %	18,8 %
Centres locaux de services communautaires	13,6 %	17,4 %
Organismes communautaires	6,2 %	8,0 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	0,1 %	0,1 %

D'autres informations financières sur le programme de santé mentale sont présentées en annexe IX de ce rapport.

⁷⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clientèle 1999-2000. Québec, Mai 2001.

⁷⁶ Le rapport financier de l'établissement mentionne 85 503 861 \$ pour le centre d'activité CH, par rapport au centre d'activité CHSLD qui mentionne 30 372 275 \$. Le contour ministériel utilise d'autres regroupements qu'il serait futile de détailler ici.

⁷⁷ On a retranché le budget de la fonction CHSLD du CHRG soit 31 M\$.

Les organismes communautaires

Tableau 17 – Portrait du financement des organismes communautaires 2001-2002^{78,79}

Territoire de CLSC	Nombre d'organisme	Budget alloué	% pour l'année 2001-2002 du budget global
Basse-Ville – Limoilou – Vanier	18	3 968 949 \$	45 %
Haute-Ville-des-Rivières	8	3 145 608 \$	35 %
La Source	4	171 000 \$	2 %
Orléans	2	95 256 \$	1 %
Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	3	212 424 \$	2 %
De la Jacques-Cartier	2	394 403 \$	4 %
Portneuf	1	578 670 \$	7 %
Charlevoix	3	368 842 \$	4 %
Sous-total	41	8 880 964 \$	100 %
RRNISM	1	56 040 \$	
RAIIQ	1	43 828 \$	
TOTAL	43	8 935 020 \$	

Priorités de financement

La modulation des moyens qui viendront soutenir le modèle d'organisation des services retenu devra tenir compte de différentes variables qui parfois échappent à la compétence du Comité régional de soutien, ou pour lesquelles la nature des budgets qui seront disponibles n'est pas connue. À cet égard, une réflexion devra donc être poursuivie par la Régie régionale de Québec.

Toutefois, le Comité régional de soutien estime utile d'indiquer quels sont les paramètres qu'il souhaite voir utiliser pour l'examen de cette question. Ainsi, que le financement étudié provienne de sommes en réallocation ou issues de la transformation d'un service, qu'elles représentent de nouveaux investissements ou d'autres formules moins conventionnelles qui pourraient être explorées, le Comité régional de soutien considère :

- ✓ **Que l'objectif d'application des proportions de 40 % du budget pour l'hospitalisation et de 60 % dans les services dans la communauté doit être maintenu;**

⁷⁸ Les chiffres présentés peuvent légèrement différer des données contenues dans d'autres tableaux. Il s'agit pour l'essentiel de regroupements qui diffèrent d'un tableau à l'autre en fonction des objectifs visés par ces regroupements ou analyses.

⁷⁹ Comprend notamment les budgets de P.E.C.H., de Le Pavois, de Croissance Travail, du Centre de crise de Québec et du Centre de prévention du suicide, organismes à portée régionale.

- ✓ **Qu'une méthodologie spécifique d'allocation des ressources basée sur l'évaluation des besoins des populations doit être élaborée et mise en place dans les meilleurs délais;**
- ✓ **Que les financements requis, soit en consolidation ou en développement sur un territoire donné, soient inscrits dans le plan d'action défini par la table territoriale de concertation intersectorielle et convenu par consensus territorial;**
- ✓ **Qu'une réflexion particulière soit réalisée sur la contribution du réseau des organismes communautaires dans l'ensemble des services de santé mentale et qu'une attention particulière soit apportée à son financement.**



8. Évaluation, monitoring et formation

8.1 Évaluation

Les recommandations sur la consolidation et la réorganisation des services intégrés de santé mentale proposées dans le présent rapport visent l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes présentant un problème grave de santé mentale dans la région. De manière particulière, l'accès aux services, la continuité de ceux-ci et leur qualité ont été au cœur des préoccupations des membres des différents groupes de travail. Toutefois, l'organisation des services de santé mentale est complexe, elle comprend de nombreux établissements et organisations, plusieurs niveaux de services et plusieurs niveaux de concertation tant à l'intérieur des services sociaux et de santé qu'avec les autres acteurs du logement, de l'emploi et de la formation. L'intégration souhaitée repose sur la création d'interfaces entre les lignes de services et est structurée sur une base territoriale.

La mise en œuvre de ces recommandations entraînera des changements importants dans les pratiques professionnelles et organisationnelles. Elle nécessitera la mobilisation d'un ensemble de ressources humaines, financières et organisationnelles. Comme tout changement important, il faudra quelques années pour atteindre les objectifs visés.

Tenant compte de cette réalité, le Comité régional de soutien considère comme une nécessité que s'engage un processus d'évaluation permettant :

- de suivre la mise en œuvre des transformations à tous les niveaux de services de santé mentale;
- de qualifier le niveau d'atteinte de l'objectif d'intégration des services dans les territoires;
- d'apprécier les résultats obtenus à chaque niveau de services;
- d'apprécier les résultats obtenus sur le plan des interactions entre ces différents niveaux de services;
- de pouvoir apprécier l'amélioration des services offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale, tout en considérant les conséquences pour la famille et les proches.

La démarche d'évaluation permettra un mécanisme de rétroaction informatif pour suivre et réviser périodiquement les stratégies et les moyens déployés pour parvenir à un réseau de services intégrés.

Ce processus d'évaluation devra impliquer les principaux acteurs concernés par les suites de l'évaluation, y compris des usagers, des représentants d'organismes communautaires et des parents.

Compte tenu de l'introduction de nouveaux mécanismes de concertation tant au niveau des territoires qu'entre les différents niveaux de services;

Compte tenu également du temps nécessaire pour opérer ces changements;

Compte tenu finalement que l'évaluation est une fonction essentielle aux fins de la planification et de l'organisation des services dans la région :

✓ **Que la Régie régionale de Québec élabore un plan d'évaluation visant à rendre compte de l'atteinte des objectifs visés par la consolidation et la transformation des services de santé mentale offerts aux adultes dans la région :**

- *Que dans l'élaboration et la planification des activités d'évaluation, les préoccupations des divers partenaires, y compris les partenaires communautaires, soient prises en compte;*
- *Qu'une attention particulière soit apportée afin que les ressources de la région de Québec^{80, 81} qui sont engagées dans la recherche et l'évaluation et, de façon plus spécifique, dans l'évaluation de l'organisation des services, soient mises à contribution dans le plan d'évaluation qui sera élaboré;*
- *Que la Régie régionale de Québec prévoie les sommes nécessaires pour soutenir la réalisation du plan d'évaluation.*

⁸⁰ Notons particulièrement la présence dans la région de Québec du Centre de recherche Université Laval – Robert-Giffard (CRULRG), qui compte un important axe de recherche évaluative et clinique. « L'axe recherche évaluative et clinique dirigé par le D^r Marc-André Roy, constitue le point d'ancrage le plus direct du CRULRG au niveau de la population québécoise. Il regroupe des chercheurs du centre et des chercheurs spécialisés actifs au sein d'équipes de soins implantés dans l'hôpital psychiatrique (le CHRQ), dans deux centres hospitaliers généraux universitaires (le CHUQ et le CHA) ainsi que dans un Centre local de services communautaires universitaire (CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières). Plusieurs chercheurs contribuent à la formation d'étudiants de diverses disciplines cliniques ou encore siègent au sein d'organismes décisionnels et consultatifs sur l'organisation des soins de santé. Ils participent ainsi au transfert technologique du Centre, un élément essentiel de sa mission. »

(Source : www.crulrg.ulaval.ca)

⁸¹ Plus spécifiquement, mentionnons que l'axe de recherche évaluative en organisation des services, qui est actuellement en émergence, regroupe des chercheurs autour du Groupe de recherche interdisciplinaire en organisation et en évaluation des services de santé mentale (GRIOSE-SM). Les chercheurs du GRIOSE-SM « étudient le rôle des liens entre l'utilisateur et le système de soins dans le processus d'intégration sociale de façon à apporter une contribution significative à l'évaluation de l'organisation des services. Les recherches en cours portent particulièrement sur la continuité des services pour personnes présentant une comorbidité pour les troubles psychiatriques graves et la toxicomanie: la perspective organisationnelle et perspective de l'utilisateur; l'exclusion des soins et services des personnes présentant des troubles psychiatriques avec une comorbidité pour la toxicomanie; les trajectoires de personnes consultant à l'urgence psychiatrique pour une psychose. »

(Source : www.crulrg.ulaval.ca/axes/main.htm)

8.2 Données et monitoring

Tout au long des rapports que nous avons reçus, nous avons été interpellés par la nécessité de se doter d'outils de collecte de données et de monitoring des actions que nous réalisons. Certains commentaires visaient la mise à niveau d'outils déjà existants, d'autres une meilleure utilisation de ceux-ci, d'autres enfin préconisaient l'établissement de nouveaux outils mieux adaptés aux réalités ou plus facilement utilisables.

Parallèlement, le ministère de la Santé et des Services sociaux a récemment amorcé une importante démarche sur les indicateurs de gestion des services de santé mentale.

Il n'a donc pas été possible pour le Comité régional de soutien de faire le tour de cette question et d'en dégager des orientations formelles; c'est pourquoi nous recommandons :

- ✓ **Que l'éventuelle commission intersectorielle régionale se penche prioritairement sur la question de la collecte des données et du monitoring de l'information liée au programme de santé mentale dans la région de Québec, et qu'à cette fin elle soutienne la création d'un groupe de travail formé de représentants des directions des finances et immobilisation, de la santé publique et de l'organisation des services de la Régie régionale de Québec, qui sera chargé de présenter un avis sur cette question dans les meilleurs délais :**
 - *Que ce groupe de travail réalise une démarche de concertation avec les partenaires concernés;*
 - *Que ce groupe de travail considère l'importance de développer des systèmes d'information qui puissent être en mesure de suivre la transformation et d'assurer la continuité des services quel que soit le dispensateur de services.*
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, dans le cadre de la planification triennale ministérielle en matière de ressources informationnelles, s'assure de présenter l'importance de développer un système d'information-clientèle adapté aux besoins des personnes présentant un problème de santé mentale.**

De plus, de façon à ne pas perdre de vue les importants travaux réalisés par les groupes de travail sur l'accès au logement et sur la formation et le travail, nous retenons de leurs rapports les recommandations suivantes :

-
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec développe et implante un outil commun de collecte d'informations auprès des usagers aux fins :**
 - *de déterminer les ressources de résidences utilisées (tous lieux et tous types);*
 - *de déterminer les conditions socio-économiques;*
 - *de déterminer les conditions de logement et les besoins quantitatifs selon des critères communs et reconnus.*
 - ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en concertation avec les partenaires concernés (usagers, organismes communautaires, CLSC, établissements scolaires, employeurs, etc.), développe et implante, dans le respect des règles de confidentialité, un outil commun de collecte d'informations sur le cheminement scolaire, de travail et d'emploi des usagers ainsi que sur leurs besoins et motivations en ces matières.**

8.3 Formation

Tout au long des travaux du Comité régional de soutien, on nous a mentionné l'importance du transfert des connaissances, la nécessité que les personnels concernés soient habilités à donner les services dans le sens des orientations proposées ici, l'intérêt que représente la formation des personnes utilisatrices des services et de leurs proches, l'avantage que certaines formations soient utilisées également pour faciliter les interrelations entre les différents organismes d'une même région, voire pour soutenir l'intersectorialité.

Le Comité régional de soutien partage ces préoccupations et trouve d'une importance primordiale de recommander :

- ✓ **Que la Régie régionale de Québec développe un plan de formation triennal qui tienne compte des différentes préoccupations présentées dans le présent rapport, tant pour les personnes utilisatrices des services et leurs proches, que pour les intervenants, qu'ils soient du réseau de la santé et des services sociaux ou qu'ils proviennent d'autres réseaux publics, communautaires ou privés;**
- ✓ **Que la Régie régionale de Québec, en collaboration avec l'ensemble des organisations concernées par la santé mentale, favorisent la mise en commun et l'accessibilité des activités de formation développées et réalisées dans les différents milieux partenaires.**

Conclusion

« Ne me dites pas que ce problème est difficile.
S'il n'était pas difficile,
ce ne serait pas un problème. »

F. Foch

L'avenir du présent rapport représente une somme de travail considérable, des défis nombreux et de taille, des ajustements dans les pratiques, des changements structurels, des modifications dans les attitudes et la mobilisation de tous les acteurs concernés par le bien-être des personnes dont la santé mentale est menacée et de celles qui cheminent dans le recouvrement de leur santé.

Cette mise en œuvre que nous proposons ici, c'est aussi celle des utilisateurs et des utilisatrices des services publics, privés et communautaires. En effet, dans la démarche que nous complétons par le dépôt de ce rapport, la présence active, structurée et articulée des représentants des utilisateurs et utilisatrices des services est sans contredit l'acquis le plus significatif. Au-delà des discours et des formules philosophiques et politiques, ces personnes ont jeté concrètement les bases d'un droit qui est leur dû : la participation à la vie sociale en tant que citoyens à part entière.

Cette mise en œuvre, c'est également celle des parents et des proches des utilisateurs et des utilisatrices des services. Dans leurs réserves légitimes, où se côtoient d'un côté l'affection et la tendresse du lien qui les unit à la personne qui vit des problèmes de santé mentale et, d'un autre côté, la fatigue, le poids des responsabilités et même le découragement parfois, ils ont su nous transmettre l'énergie qui les anime, le désir de faire un pas en avant, de viser l'autonomie toujours plus grande et plus affirmée de ceux et celles qui leur sont chers.

L'ouverture, avec tout ce que cela peut sous-entendre, a été présente tout au long des travaux et, bien évidemment, des débats qui ont été tenus sur certains thèmes plus aigus, plus exigeants, plus contraignants même parfois. Cette ouverture, elle s'est incarnée dans les structures, les organisations, les réseaux aussi, tant dans leur articulation publique que privée ou communautaire, mais également chez les professionnels eux-mêmes, peu importe le milieu auquel ils étaient liés par leurs fonctions et attributions.

Au-delà, c'est le désir du changement, d'amener les pratiques, les individus, les structures et l'ensemble des acteurs responsables d'apporter une réponse articulée aux besoins des personnes qui requièrent des services, vers un projet collectif, vers le renouvellement d'un regard posé sur une organisation de services qui se doit d'embrasser l'ensemble des réalités objectivées du monde complexe des services de santé mentale, et les tourner résolument vers un centre d'attraction unique, loin des écoles de pensée, loin des lobbies, loin des chasses gardées, le centre de toutes les attentions : la personne, dans toute sa merveilleuse complexité et son incompréhensible simplicité.

C'est donc une invitation qui est faite au lecteur de la région de Québec qui peut, de près ou de loin, influencer sur l'un ou l'autre des aspects abordés dans ce rapport, à y contribuer sans réserve. C'est également, pour nos autres lecteurs, un espoir partagé et une invitation à contribuer à l'effort auquel nous convions notre région, en soutenant nos actions par une attitude de respect et d'ouverture.

Au-delà, c'est une invitation à travailler tous ensemble pour que nous puissions réaliser :

Des partenariats – Un réseau

BIBLIOGRAPHIE

Allen, Michael H.

Level 1 psychiatric emergency services – The tools of the crisis sector. Dans « The psychiatric clinics of North America », vol. 22, n° 4, décembre 1999, p. 713 à 734.

Centre hospitalier Robert-Giffard.

Rapport du Comité de travail portant sur l'étude du phénomène des réadmissions au Centre hospitalier Robert-Giffard. Québec, 2001.

Comité de la santé mentale du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux).

Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Québec, 1997.

Comité de la santé mentale du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux).

L'intersectorialité et l'intégration au travail des personnes vivant avec des problèmes graves de santé mentale. État de situation. Québec, décembre 2001.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

Des solutions émergentes – rapport et recommandations. Québec, 2000.

Conseil d'évaluation des technologies du Québec.

Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Québec, 1999.

Conseil médical du Québec.

Avis – Les maladies mentales : un éclairage contemporain. Montréal, avril 2001.

Coroner en chef.

Rapport d'enquête de M^e Andrée Kronström, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Hubert Williamson (Dossier 109961) survenu le 15 mars 2001. Québec, janvier 2002.

Fougeyrollas, Patrick et collab.

Révision de la proposition québécoise de classification : Processus de production du handicap. Lac St-Charles, 1996.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux).

Transformation des services de santé mentale – État d'avancement du plan d'action de décembre 1998. Québec, 2001.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux).

Accentuer la transformation des services de santé mentale – Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000. Québec, 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes – Applications en promotion de la santé et en toxicomanie. Québec, 1998.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Contour financier des programmes-clientèles 1999-2000 – Matrice de base détaillée. Québec, mai 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clientèle 1999-2000. Québec, mai 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale. Québec, avril 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

La politique de la santé et du bien-être. Québec, 1992.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Politique de santé mentale. Québec, 1989.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Bilan d'implantation de la politique de santé mentale. Québec, 1997.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Québec, 1998.

Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Une réforme axée sur le citoyen. Québec, 1990.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité : guide à l'intention des travailleurs sociaux exerçant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Montréal, novembre 1996.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

L'intervenant-pivot : une façon d'être, une façon de faire : complément au guide « De la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité ». Montréal, juin 1999.

Organisation mondiale de la santé.

Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Réseau de services intégrés – Ses principes, concepts et composantes – Résumé. Sherbrooke, 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Caractéristiques démographiques et économiques de la région de Québec et des territoires locaux. Québec, novembre 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Cibles d'action en promotion de la santé et en prévention pour la période 2000-2003. Québec, 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

La consolidation et la transformation des services de santé mentale dans la région de Québec – Services aux adultes – Plan d'action 2001-2002. Québec, avril 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Plan d'action communautaire sur l'itinérance dans le cadre de l'entente concernant l'Initiative de Partenariats en Action Communautaire (IPAC) – Région de Québec. Québec, mars 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Plan d'action régional d'organisation de services d'urgence 2001-2002. Québec, 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Plan d'action régional triennal en matière de prévention du suicide. Québec, Juin 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Plan de consolidation des services 1999-2002. Québec, 1999.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires de la région de Québec. Québec, mars 1998.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec – Direction de la santé publique.

Profil des hospitalisations en soins de courte durée psychiatrique pour les résidents de la région 03 – 1998-1999. Québec, septembre 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Proposition sur les services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie et un programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté. Québec, mars 2002.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Rapport des consultations menées dans le cadre des travaux de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec, 2000.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Rapport du Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale. L'accès au logement : un projet collectif. Québec, février 2002.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Rapport du Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail. La formation et le travail : des outils puissants d'intégration sociale. Québec, mars 2002.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Réseau de services en santé mentale et en pédopsychiatrie de la région de Québec à l'intention des enfants et des adolescents, de leurs parents et de leurs proches. Québec, avril 1999.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Suivi des résultats de la transformation des services de santé et des services sociaux. Québec, 2000.

Table des gestionnaires du programme adultes/santé mentale des CLSC de la région de Québec,
Table des directeurs généraux en CLSC et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

État de situation de l'organisation des services du programme adultes/santé mentale des CLSC de la région de Québec. Québec, août 2001.

Liste des annexes

Annexe I

Membres du Groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés.....	117
--	-----

Annexe II

Mandat du Groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés	119
--	-----

Annexe III

Membres du Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail.....	127
--	-----

Annexe IV

Mandat du Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail	128
--	-----

Annexe V

Membres du Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale.....	131
---	-----

Annexe VI

Mandat du Groupe de travail sur l'accès au logement pour les personnes présentant un problème de santé mentale.....	133
--	-----

Annexe VII

Mandat confié à chacun des CLSC de la région de Québec, en collaboration avec leurs partenaires à l'échelle locale et régionale	136
--	-----

Annexe VIII

Présentation cartographique de la région de Québec	139
--	-----

Annexe IX

Informations financières sur le programme de santé mentale.....	142
---	-----

Annexe X

Mandat du Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale – services aux adultes	144
--	-----

Annexe I

Membres du Groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés

Président : **D^r Évens Villeneuve**, psychiatre
Département de psychiatrie du Centre hospitalier Robert-Giffard

Milieu hospitalier

D^r Alain Dion, psychiatre
Département de psychiatrie du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus

D^r Pierre Vincent, psychiatre (septembre à décembre 2001)
Chef du Département de psychiatrie du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec du Centre hospitalier Robert-Giffard

M^{me} Julie Lesage, chef d'unité (en remplacement du D^r Pierre Vincent)
Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel et Clinique des psychoses en début d'évolution du Centre hospitalier Robert-Giffard

D^r Arthur Pirès, psychiatre
Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec – L'Hôtel-Dieu de Québec

D^r Guy Pomerleau, psychiatre
Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec – Centre hospitalier de l'Université Laval

Centres locaux de services communautaires

M^{me} Gabrielle Mercier-Leblond, directrice
Services à la clientèle du Centre local de services communautaires Orléans

D^{re} Rachel Marotte, omnipraticienne
Présidente du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre local de services communautaires Charlevoix

M^{me} Danielle Simard, infirmière de liaison
CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau

Services de traitement et de réadaptation dans la communauté

D^{re} Marie-Luce Quintal, psychiatre
Centre de traitement et de réadaptation psychiatrique de Nemours du Centre hospitalier Robert-Giffard

M^{me} Line Gaudreault, spécialiste de la coordination des épisodes de soins, santé mentale, toxicomanie
Centre hospitalier universitaire de Québec

Médecine générale

D^{re} Suzanne Côté, omnipraticienne
CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau et cabinet privé

D^{re} Linda Girard, omnipraticienne
Cabinet privé et représentante du Département régional de médecine générale

Organismes communautaires

M^{me} Christiane Allard, coordonnatrice
Centre de crise de Québec

M. Jean-Pierre Ruest, directeur
L'Athénée (Société action chambreurs de Québec)

Coordination et secrétariat

M^{me} Diane Grenier, conseillère en planification et programmation
(septembre 2001 – janvier 2002)

M. Daniel La Roche, coordonnateur des programmes santé mentale et toxicomanies
(janvier 2002 – mars 2002)

Annexe II

Mandat du Groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés

1. Le mandat

Les orientations régionales et nationales à l'égard des services spécialisés et surspécialisés mettent l'accent sur la nécessité d'en améliorer l'accès, la coordination et la continuité, en lien et en support aux services de première ligne.

Des efforts ont été réalisés ces dernières années pour déployer certains de ces services dans la communauté (hôpitaux de jour, centres de traitement dans la communauté, transfert de responsabilités et de ressources vers les CLSC et les organismes communautaires), supporter le retour ou le maintien des personnes dans leur milieu de vie (ressources d'hébergement, d'intégration et de réadaptation sociale) et soutenir l'intervention de première ligne (consultation / liaison auprès des omnipraticiens, des CLSC et des organismes communautaires).

Ce mouvement devra se poursuivre et s'intensifier au cours des prochaines années, tout en se conjuguant aux efforts qui doivent être entrepris pour assurer à la clientèle l'accès à des services spécialisés et surspécialisés de qualité, axés sur ses besoins et dispensés dans des environnements soucieux de leur coordination et leur continuité.

Dans cette perspective, ***la Régie régionale de Québec confie au comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services la responsabilité de mettre en place un groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés qui aura pour mandat de :***

- élaborer une proposition visant la mise en place d'un programme régional de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté, suivant les modalités et les balises adoptées par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec le 21 juin 2001 (Résolution 73-CA-04.01);
- faire le point sur les programmations actuelles des services spécialisés et surspécialisés ainsi que les clientèles auxquelles elles s'adressent;
- préciser les critères, les balises et les conditions d'accès aux services actuels, notamment en ce qui concerne les services surspécialisés devant être accessibles à l'échelle régionale;
- établir les critères, les balises et les standards de qualité devant accompagner le développement des services spécialisés et surspécialisés, au regard des besoins prioritaires et tenant compte des ressources disponibles;

- proposer des moyens et des mécanismes qui permettront :
- d’assurer l’utilisation optimale des ressources hospitalières;
 - de garantir l’accès aux services d’urgence dans le cadre d’approches intégrées;
 - d’assurer la continuité des soins et le suivi des clientèles au sein des établissements (suivi systématique);
 - d’améliorer l’accès, la coordination et la continuité des services entre établissements et avec les services de première ligne de chaque territoire, incluant les médecins;
 - de soutenir le transfert d’expertise (omnipraticiens, CLSC, milieux communautaires);
 - d’accompagner les professionnels et les intervenants œuvrant en première ligne;
 - de favoriser le développement de pratiques de soins partagés.

Tenant compte des résultats qui en sont attendus, la réalisation de ce mandat doit s’appuyer sur une équipe de travail intégrée, centrée sur les besoins de la clientèle, et avant tout préoccupée par la levée des obstacles ayant pour effet de freiner le développement d’approches de services intégrés et continus.

La démarche devra aussi prendre en considération les activités de recherche et d’enseignement menées dans les centres hospitaliers, lesquelles doivent entretenir des liens étroits avec l’organisation des services. Les travaux menés aux fins de la ***planification des effectifs médicaux en psychiatrie***, qui tiennent compte de ces activités, pourront ainsi être mis à profit dans le cadre du présent mandat.

2. **La composition du groupe de travail**

La réalisation de ce mandat interpelle en premier lieu les centres hospitaliers. Sont aussi concernés, les CLSC, les organismes communautaires, notamment ceux œuvrant en situation de crise ou en suivi dans le milieu, et enfin, les omnipraticiens ayant déjà une pratique en santé mentale. Eu égard aux objectifs visés, et tenant compte des suites qu’il faudra y donner, la Régie régionale de Québec estime que le groupe de travail devra être composé principalement d’intervenants et de médecins préoccupés par les aspects cliniques et organisationnels des services auxquels renvoie le mandat.

• <u>Secteur hospitalier</u> 5 représentants	médecins psychiatres et intervenants (liaison / coordination)
• <u>CLSC</u> 3 représentants	Intervenants auprès de la clientèle et en liaison / coordination

• <u>Traitement et réadaptation dans la communauté</u> 2 représentants	Médecin psychiatre et autre intervenant
• <u>Organismes communautaires</u> 2 représentants	Intervention / suivi de la clientèle
• <u>Omnipraticiens de cabinets privés</u> 2 représentants	Médecins omnipraticiens

Pour assurer l'expression et la prise en compte des besoins et des points de vue des utilisatrices et des utilisateurs des services, des parents et des proches, le groupe de travail devra prévoir des consultations à des moments-clés de la démarche; soit, par exemple, au début où il importe de se centrer sur les finalités de l'exercice, et ensuite, à la fin, où il convient de soumettre les choix effectués au regard de la réalité vécue par les personnes concernées.

3. **Le rattachement**

Le comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services est chargé de recevoir et d'examiner tous les travaux réalisés à l'échelle territoriale et régionale.

Comme spécifié dans son mandat (annexe X), il a essentiellement la responsabilité d'en assurer la coordination d'ensemble, la cohérence et la pertinence au regard des objectifs visés par la transformation et la consolidation des services, pour ensuite, formuler des recommandations auprès de la direction de la Régie régionale de Québec.

Suite au dépôt de ses propositions, le groupe de travail sera invité à en faire la présentation et à échanger avec les membres du comité régional.



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

RÉSOLUTION ADOPTÉE À LA 73^e SÉANCE ORDINAIRE DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de
Québec, tenue le 21 juin 2001, à 18 h 30, au siège de la Régie régionale de Québec,
525, boulevard Wilfrid-Hamel Est, Québec

RÉSOLUTION 73-CA-04.01

Concernant les orientations régionales sur les services spécialisés en santé mentale
dans la communauté

- CONSIDÉRANT les orientations ministérielles pour la transformation des services
de santé mentale qui favorisent le déploiement et le
développement de services dans la communauté;
- CONSIDÉRANT le plan d'action ministériel pour la transformation des services de
santé mentale qui priorise le développement de services dans la
communauté et leur organisation en réseaux intégrés;
- CONSIDÉRANT les responsabilités de la Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Québec en matière de planification et
d'organisation de services (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 340);
- CONSIDÉRANT le plan de consolidation des services 1999-2002 qui met l'accent
sur la nécessité de consolider l'accès aux services sur base locale
et régionale, dans le cadre d'approches intégrées;
- CONSIDÉRANT le plan d'action 2001-2002 en santé mentale – services aux
adultes – qui en découle et qui s'appuie sur un ensemble de
démarches visant à assurer l'accès, la coordination et la
continuité des services à l'échelle locale et régionale, dans le
cadre d'approches intégrées, et dans une perspective favorisant le
rapprochement des services des milieux de vie des personnes;
- CONSIDÉRANT que la réalisation de ce plan d'action fait appel à la collaboration
et à la contribution de tous les partenaires concernés par la
dispensation et l'utilisation des services de santé mentale
(établissements, organismes communautaires, parents et proches,
utilisatrices et utilisateurs de services);
- CONSIDÉRANT qu'un groupe de travail sur les services spécialisés et
surspécialisés, incluant ceux dispensés dans la communauté, est
prévu dans ce plan d'action, et qu'il a pour mandat de formuler

...2

Résolution 73-CA-04.01

-2-

des propositions visant à améliorer l'accès, la coordination et la continuité de ces services à l'échelle régionale, en lien et en support à l'intervention locale (CLSC, omnipraticiens, organismes communautaires);

CONSIDÉRANT que les services de traitement et de réadaptation dans la communauté sont des services à vocation régionale, et qu'à ce titre, toute intention d'en modifier l'organisation ou la portée doit obligatoirement impliquer la Régie régionale de Québec;

SUR PROPOSITION DUMENT FORMULÉE ET APPUYÉE, IL EST RÉSOLU :

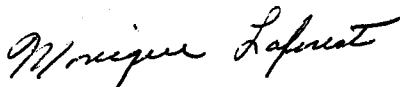
- 1) que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec assume le leadership d'une démarche visant à doter la région d'un programme régional de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté, dans le respect des balises figurant à l'annexe de la présente résolution pour en faire partie intégrante;
- 2) que cette démarche soit menée dans le cadre du plan d'action 2001-2002 en santé mentale, en lien et en collaboration avec le groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés prévu dans ce plan d'action;
- 3) qu'à cette fin, la composition du groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés soit, au besoin, modifiée;
- 4) que la permanence de la Régie régionale de Québec présente un rapport d'étape à chacune des séances du conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, et ce, jusqu'à l'issue des travaux.

ANNEXE

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Copie certifiée conforme,
le 22 juin 2001

La secrétaire du conseil d'administration,



Monique Laforest

Balises de l'organisation d'un programme régional de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté

Sous la poussée d'un mouvement principalement initié par la Politique de santé mentale de 1989, la région de Québec s'est dotée de services de traitement et de réadaptation dans la communauté.

Ce déploiement de services du milieu institutionnel vers la communauté a permis et permet toujours à bon nombre de personnes souffrant de troubles graves de s'intégrer dans la communauté et de développer leur projet de vie.

Conformément aux orientations ministérielles et régionales en santé mentale, ce mouvement devra se poursuivre au cours des prochaines années. Le moment est donc tout à fait choisi pour revoir la configuration de ces services et s'assurer qu'elle puisse répondre pleinement et efficacement aux besoins et aux attentes de la clientèle d'aujourd'hui et de demain, notamment les personnes les plus malades pour qui un continuum de services intégrés s'avère essentiel à leur maintien dans la communauté.

C'est dans cette perspective que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec entend doter la région d'un programme de traitement et de réadaptation dans la communauté, répondant aux caractéristiques d'une approche intégrée, en lien étroit avec les partenaires des services de première ligne et du milieu hospitalier. Ce mandat sera mené en collaboration avec le groupe de travail sur les services spécialisés et surspécialisés prévu dans le Plan d'action 2001-2002 en santé mentale.

1. La perspective arrêtée

Afin de doter la région de Québec d'un véritable programme régional de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté, la Régie régionale de Québec entend ***rassembler les services existants ainsi que ceux qui seront développés sous une autorité administrative et clinique unique.***

2. Les objectifs à rencontrer

Le programme devra répondre aux objectifs suivants :

- offrir des services de traitement et de réadaptation en santé mentale dans la communauté en tenant compte des besoins de la clientèle, des approches cliniques les plus efficaces et des ressources disponibles;
- assurer des services de support et de consultation / liaison auprès des intervenants des services de première ligne oeuvrant dans les CLSC et les organismes communautaires, notamment les équipes de suivi intensif et non intensif dans la communauté;

- assurer des services de support et de consultation / liaison auprès des omnipraticiens de la région;
- offrir des garanties d'accès, de coordination et de continuité des services à l'intérieur du programme, en lien avec les services hospitaliers et les autres services de la communauté, pour l'ensemble de la région.

3. Les conditions de fonctionnement du programme

Le programme devra comporter :

- un guichet unique;
- des critères d'accès aux services diffusés dans l'ensemble du réseau;
- des mécanismes d'accès / coordination / continuité des soins qui permettent la référence sur la base des besoins de la clientèle;
- des standards de qualité et de performance des services;
- des protocoles d'entente convenus avec les différents partenaires.

4. Les modalités d'organisation du programme

La proposition qui sera soumise au conseil d'administration de la Régie régionale de Québec devra comporter les éléments suivants:

- identifier les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires impliqués dans le programme;
- désigner l'établissement gestionnaire;
- définir les règles de désignation de l'autorité administrative et clinique du programme;
- baliser le cadre d'exercice du rôle et des responsabilités de cette autorité;
- préciser les règles et les modalités associées à la prise de décision sur toutes les questions touchant à la nature, la portée, le fonctionnement et le financement du programme.

5. Le financement du programme

- La proposition devra identifier tous les budgets mis à contribution dans la constitution du programme.
- Toute modification à la hausse ou à la baisse de ces budgets, ou tout transfert vers un autre programme, devra faire l'objet d'une autorisation de la Régie régionale de Québec.

6. **Les consultations à mener**

Avant son dépôt au conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, la proposition devra avoir été soumise aux instances consultatives suivantes :

- Commission médicale régionale (CMR)
- Département régional de médecine générale (DRMG)
- Commission régionale des infirmières (CRI)
- Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale

Annexe III

Membres du Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail

M^{me} France Baillargeon, directrice générale
ÉquiTravail

M^{me} Lise Beaupré, coordonnatrice
OSMOSE

M^{me} Véronique Béguet, chargée de projet
Le Pavois

M^{me} Danielle Bergeron, usagère
Association des personnes utilisatrices des ressources

M. Éric Couture, coordonnateur de projet
Ministère de l'Industrie et du Commerce

M. Serge Déry, organisateur communautaire
CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

M^{me} Nicole Dubé, usagère
Association des personnes utilisatrices des ressources

M. Louis Dubois, psychoéducateur
Centre local de services communautaires Charlevoix

M. Charles Dudemaine, professionnel
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

M. Stéphane Fortier, intervenant
Le Pavois

M. Stéphane Girard, psychoéducateur
Centre local de services communautaires Charlevoix

M. Philippe Guy, usager
Association des personnes utilisatrices des ressources

M. Jean-Charles Juhel, responsable des services aux étudiants handicapés des cégeps de l'Est
CEGEP de Sainte-Foy

M^{me} Louise Larouche, directrice générale
Croissance-Travail

M. Julien Michaud, président
Le Cercle polaire

M. Roger Pelletier, usager
Association des personnes utilisatrices des ressources

M^{me} Anne-Annick Robitaille, coordonnatrice de projet
Ministère de l'Industrie et du Commerce

M. Michel Vincent, secrétariat et coordination
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Annexe IV

Mandat du Groupe de travail sur la formation et l'intégration au travail

1. Le mandat

Des efforts importants ont été réalisés ces dernières années pour supporter le développement des habiletés et faciliter l'insertion en emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

L'expertise développée et les activités menées par les organismes communautaires oeuvrant dans ce secteur sont à souligner, et leur rayonnement à encourager, notamment sur les territoires peu munis ou encore dépourvus de ces services.

D'autres avenues doivent aussi être explorées pour satisfaire les besoins et les attentes diversifiés de la clientèle. Tout particulièrement du côté des jeunes, comme des personnes possédant déjà une solide formation et/ou une expérience probante du marché du travail, l'accès aux milieux réguliers de formation et l'obtention d'un « véritable emploi » représentent des conditions jugées essentielles à leur mieux-être, leur intégration et leur maintien dans la communauté.

Donner suite à ces attentes implique la poursuite de démarches auprès des secteurs concernés, à « agir » en quelque sorte l'intersectorialité préconisée par les orientations régionales et nationales en santé mentale.

À ce chapitre, tous les paliers d'intervention sont interpellés, chacun se devant d'entreprendre des démarches de sensibilisation et de concertation auprès de ses vis-à-vis des autres secteurs. Sur le plan national, des travaux sont actuellement menés par le Comité de santé mentale du Québec dans les secteurs de l'emploi et de la formation; au plan local, des expériences ont cours ou seront initiées dans le cadre des démarches visant l'instauration de réseaux de services intégrés; à l'échelle régionale, tout particulièrement dans une région offrant l'éventail complet des ressources institutionnelles en éducation ainsi que l'ensemble des instances décisionnelles du secteur de l'emploi, des actions sont à entreprendre en vue d'explorer les possibilités offertes ou à développer dans ces milieux, afin d'en faciliter l'accès aux personnes qui le désirent.

À cette fin, et dans une perspective de soutien aux territoires locaux, la Régie régionale de Québec confie au comité régional la responsabilité de constituer un groupe de travail qui aura pour mandat de :

- brosser le portrait de la clientèle manifestant un intérêt particulier pour la formation et l'emploi dans les milieux réguliers (nombre, âge, sexe, formation / expérience de travail actuelle, territoire d'habitation, etc.);

- inventorier les attentes de celle-ci en matière de formation et d'emploi (secteurs) ainsi que les conditions d'accès jugées nécessaires à leur intégration dans les milieux concernés (reconnaissance des acquis, aide financière, rythme de travail ou d'apprentissage, support et suivi, transport, etc.);
- examiner les résultats d'expériences concluantes menées dans ces domaines (conditions de réalisation et de réussite);
- mener des démarches auprès des milieux de l'éducation et de l'emploi en vue :
 - d'identifier et sensibiliser les acteurs-clé;
 - d'inventorier les possibilités existantes et les difficultés qu'elles posent au regard des conditions soulevées par la clientèle;
 - d'identifier et cibler les pistes d'action à mener pour solutionner les problèmes et/ou favoriser l'émergence d'alternatives;
- proposer une stratégie d'action pour assurer le suivi de la présente démarche (mécanisme/s à mettre en place; acteurs à impliquer; objectifs et priorités; leadership; moyens requis, ententes intersectorielles régionales, nationales, etc.).

2. La composition du groupe de travail

La réalisation de ce mandat concerne en premier lieu la clientèle. Une large place devra lui être faite et, à cette fin, il reviendra au Regroupement régional des personnes utilisatrices des services de santé mentale de procéder aux délégations requises. La participation du milieu communautaire y est aussi importante, notamment celles des organismes oeuvrant en réadaptation socioprofessionnelle. Il en est de même de la contribution des CLSC qui devrait idéalement être assurée par les équipes de suivi dans la communauté.

Enfin, eu égard à la nature du mandat (démarche exploratoire), au soutien professionnel qui en supportera la réalisation et à l'échéancier fixé. La Régie régionale de Québec suggère que le groupe de travail soit composé comme suit :

4 personnes représentant la clientèle
4 personnes représentant le milieu communautaire
4 personnes représentant les CLSC

3. Le rattachement

Le comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services est chargé de recevoir et d'examiner tous les travaux réalisés à l'échelle territoriale et régionale.

Comme spécifié dans son mandat (annexe X), il a essentiellement la responsabilité d'en assurer la coordination d'ensemble, la cohérence et la pertinence au regard des objectifs visés par la transformation et la consolidation des services, pour ensuite formuler des recommandations auprès de la direction de la Régie régionale de Québec.

Suite au dépôt des résultats de sa démarche, le groupe de travail sera invité à en faire la présentation et à échanger avec les membres du Comité régional.

Annexe V

**Membres du Groupe de travail sur l'accès au logement
pour les personnes présentant un problème de santé mentale**

- M. Jocelyn Bigras**, directeur général
Office municipal d'habitation de Québec
- M^{me} Nicole Blanchard**, membre du conseil d'administration
Office municipal d'habitation de Québec
- M. André Costin**, usager
Association des personnes utilisatrices des ressources
- M. Pierre Darveau**, directeur – services clientèle
Office municipal d'habitation de Québec
- M^{me} Marjolaine Desbiens**, chef de programme
CLSC Basse-Ville – Limoilou – Vanier
- M^{me} Isabelle Deschênes**, intervenante communautaire
P.E.C.H.
- M. Michel Desrosiers**, organisateur communautaire
CLSC de la Jacques-Cartier – CH Chauveau
- M^{me} Diane Drolet**, usagère
Association des personnes utilisatrices des ressources
- M. Jean-François Falardeau**, usager
Association des personnes utilisatrices des ressources
- M^{me} Hélène Ferland**, intervenante
CLSC Sainte-Foy – Sillery – Laurentien
- M. Paul-André Giguère**, coordonnateur
Centre hospitalier Robert-Giffard
- M. Marc Laberge**, directeur du développement
Office municipal d'habitation de Québec
- M. Guy Lefebvre**, coordonnateur
Clés en main
- M^{me} Micheline Marsolais**, intervenante
La Boussole
- M. Jean Martel**, usager
Association des personnes utilisatrices des ressources
- M. Claude Roy**, urbaniste
Société d'habitation du Québec
- M^{me} Lyne St-Hilaire**, agent d'intégration
Le Pavois
- M. Armand St-Laurent**, agent de développement
Action – Habitation de Québec

M. Christian Simard, directeur général

F.R.H.Q. Chaudière-Appalaches

M^{me} Sylvie Vaillancourt, chef de programme en santé mentale

Les CLSC et CHSLD de Portneuf

M^{me} Élisabeth Veilleux, usagère

Association des personnes utilisatrices des ressources

M. Michel Vincent, secrétariat et coordination

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

Annexe VI

**Mandat du Groupe de travail sur l'accès au logement
pour les personnes présentant un problème de santé mentale**

1. Le mandat

À l'heure actuelle, la région de Québec compte quelque 950 places d'hébergement permanent en ressources de type familial (464) ou intermédiaire (392) et près de 90 places en appartements conventionnés.

S'ajoutent à ce parc relevant des établissements, environ 900 places en habitations privées où la qualité des conditions de vie, l'encadrement et le suivi de la clientèle sont variables et souvent peu connus.

La majeure partie de ces ressources sont situées sur le territoire Est du Québec Métro. Cette situation est en partie attribuable à des facteurs socioéconomiques, mais aussi aux options d'organisation de services privilégiées lors des mouvements de désinstitutionnalisation, de même qu'au dynamisme des mécanismes de concertation qui les ont accompagnées.

Ce bref portrait invite à agir sur trois plans en matière de services résidentiels :

- 1) la consolidation et le développement de ces ressources, en fonction des besoins de la clientèle et dans la perspective de leur meilleure répartition entre les territoires;
- 2) l'amélioration et la surveillance de la qualité des services, là où la situation l'exige;
- 3) la diversification de ces ressources, au regard des attentes d'une bonne partie de la clientèle recherchant plus d'autonomie et d'intimité que ne l'offrent les formules actuelles.

En effet, pour bon nombre de jeunes et de personnes n'ayant pas ou peu connu l'institutionnalisation, l'accès à un logement accompagné de mesures de soutien, constitue, au même titre que le travail, une condition essentielle à leur intégration et leur maintien dans la communauté, à la poursuite de leur projet de vie.

Des solutions sont donc à rechercher pour rencontrer ces priorités et ces attentes, certaines relevant de chacun des territoires, d'autres, tels le développement de logements sociaux, requérant des démarches à l'échelle régionale dans une perspective d'appui aux efforts locaux. À cette fin, et en suivi des travaux menés par le Comité régional sur les ressources résidentielles, la Régie régionale de Québec confie au comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services, la responsabilité de constituer un groupe de travail qui aura pour mandat de :

- identifier les besoins de la clientèle en matière de logements sociaux ou autres formules s’y apparentant ainsi que les mesures de soutien et de suivi requises;
- examiner les résultats d’expériences concluantes menées dans ce domaine (conditions de réalisation et de réussite);
- examiner l’impact de la démarche de fusion des villes du Québec métropolitain sur le secteur du logement social (structure, processus, rôle des arrondissements, etc.);
- mener des démarches auprès des organismes supportant le développement de ces ressources (OMH, SHQ, SCHL, etc.) et procéder à l’inventaire des informations pertinentes (règles, conditions, législation, etc.);
- proposer et prioriser le développement de projets au regard des priorités régionales;
- proposer une stratégie d’action et un mécanisme de concertation / coordination pour en assurer le développement et le suivi (structure, composition, mandat, moyens, ententes, etc.).

2. La composition du groupe de travail

La réalisation de ce mandat, centré sur le développement du logement social ou autres formules s’y apparentant, requiert la participation de représentants de la clientèle, des organismes communautaires, des CLSC et du milieu institutionnel.

Il reviendra à chacune des structures régionales de ces groupes de procéder à la désignation de leur(s) représentant(e)s, leur nombre devant idéalement correspondre au caractère opérationnel du mandat et tenir compte du support professionnel qui l’accompagnera. Dans cette perspective, la Régie régionale de Québec suggère que le groupe de travail soit composé comme suit :

4 personnes représentant la clientèle
4 personnes représentant les organismes communautaires
3 personnes représentant les CLSC
1 personne représentant le milieu institutionnel

3. Le rattachement

Le comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services est chargé de recevoir et d'examiner tous les travaux réalisés à l'échelle territoriale et régionale.

Comme spécifié dans son mandat (annexe X), il a essentiellement la responsabilité d'en assurer la coordination d'ensemble, la cohérence et la pertinence au regard des objectifs visés par la transformation et la consolidation des services, pour ensuite formuler des recommandations auprès de la direction de la Régie régionale de Québec.

Suite au dépôt des résultats de sa démarche, le groupe de travail sera invité à en faire la présentation et à échanger avec les membres du Comité régional.

Annexe VII

**MANDAT CONFIE À CHACUN DES CLSC DE LA RÉGION DE QUÉBEC,
EN COLLABORATION AVEC LEURS PARTENAIRES
À L'ÉCHELLE LOCALE ET RÉGIONALE**

1. Le mandat

Le Plan de consolidation des services et le Plan d'action ministériel pour la transformation des services de santé mentale invitent tous deux à poursuivre les efforts, en vue d'assurer à la clientèle adulte souffrant de problèmes de santé mentale l'accès à une gamme complète de services de base dans le cadre d'approches intégrées.

Dans cette perspective, et eu égard à leur mission, la Régie régionale de Québec invite les CLSC de la région à piloter une démarche de partenariat devant conduire à l'élaboration d'un plan d'intégration des services sur leur territoire respectif.

Tout en se préoccupant des besoins de l'ensemble de la clientèle, le plan devra témoigner d'une attention particulière à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux graves, de même qu'aux parents et aux proches qui les accompagnent et les supportent. Le plan devra aussi être assorti d'ententes de services entre partenaires impliqués, oeuvrant aux niveaux local, sous-régional ou régional, et être accompagné d'une proposition visant la désignation de l'entité qui assumera la responsabilité de la clientèle.

Plus spécifiquement, la Régie régionale de Québec s'attend à retrouver, dans chacune des planifications qui lui seront soumises, les éléments de réponse aux questions qui sous-tendent généralement toute démarche d'organisation de services en réseau (Qui fait quoi ? Pour qui ? Avec qui ? Quand ? Comment ? et sous quelles conditions ?), lesquelles permettront de :

- brosser le portrait des clientèles à desservir et des services requis (services de base, troubles transitoires, troubles sévères);
- identifier et prioriser les services à développer selon les besoins du territoire et tenant compte des priorités régionales et nationales (clientèles – services);
- convenir du partage des responsabilités et des conditions s'y rattachant;
- établir les mécanismes d'accès, de liaison et de coordination devant assurer la continuité des services;
- formaliser les partenariats et convenir dans des ententes de services appropriées;

- préciser les échéanciers et les moyens d'assurer la mise en œuvre et le suivi d'implantation du plan;
- convenir des modalités relatives à son appropriation et sa diffusion (clientèle, population, partenaires);
- convenir d'une proposition de désignation à l'égard de l'entité qui assumera la responsabilité de la clientèle et préciser les conditions devant accompagner l'exercice de cette fonction.

De façon variable, des démarches d'intégration de services sont déjà amorcées sur les territoires. La réalisation du présent mandat pourra donc prendre appui sur ces travaux ainsi que sur l'État de situation de l'organisation des services du programme adultes / santé mentale de la région de Québec, élaboré par l'ensemble des CLSC de la région qui constituera une référence importante.

Enfin, la présente démarche devra aussi s'inscrire dans le respect des principes et objectifs de la Politique de reconnaissance et de financement des organismes communautaires.

2. Les partenaires

Il revient à chaque territoire de décider de la représentation requise pour mener à bien la démarche d'intégration des services. La Régie régionale de Québec estime toutefois incontournable la participation des utilisatrices et des utilisateurs des services ainsi que des parents et des proches. Également, outre les partenaires habituels que sont les établissements, les organismes communautaires et les autres secteurs d'activités (travail, loisirs, habitation, formation, etc.), la démarche devra aussi prévoir la contribution des omnipraticiens et faire place aux organismes communautaires dont le rayonnement s'étend sur plusieurs territoires.

3. Le rattachement

Le comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services est chargé de recevoir et d'examiner les résultats de tous les travaux réalisés à l'échelle territoriale et régionale.

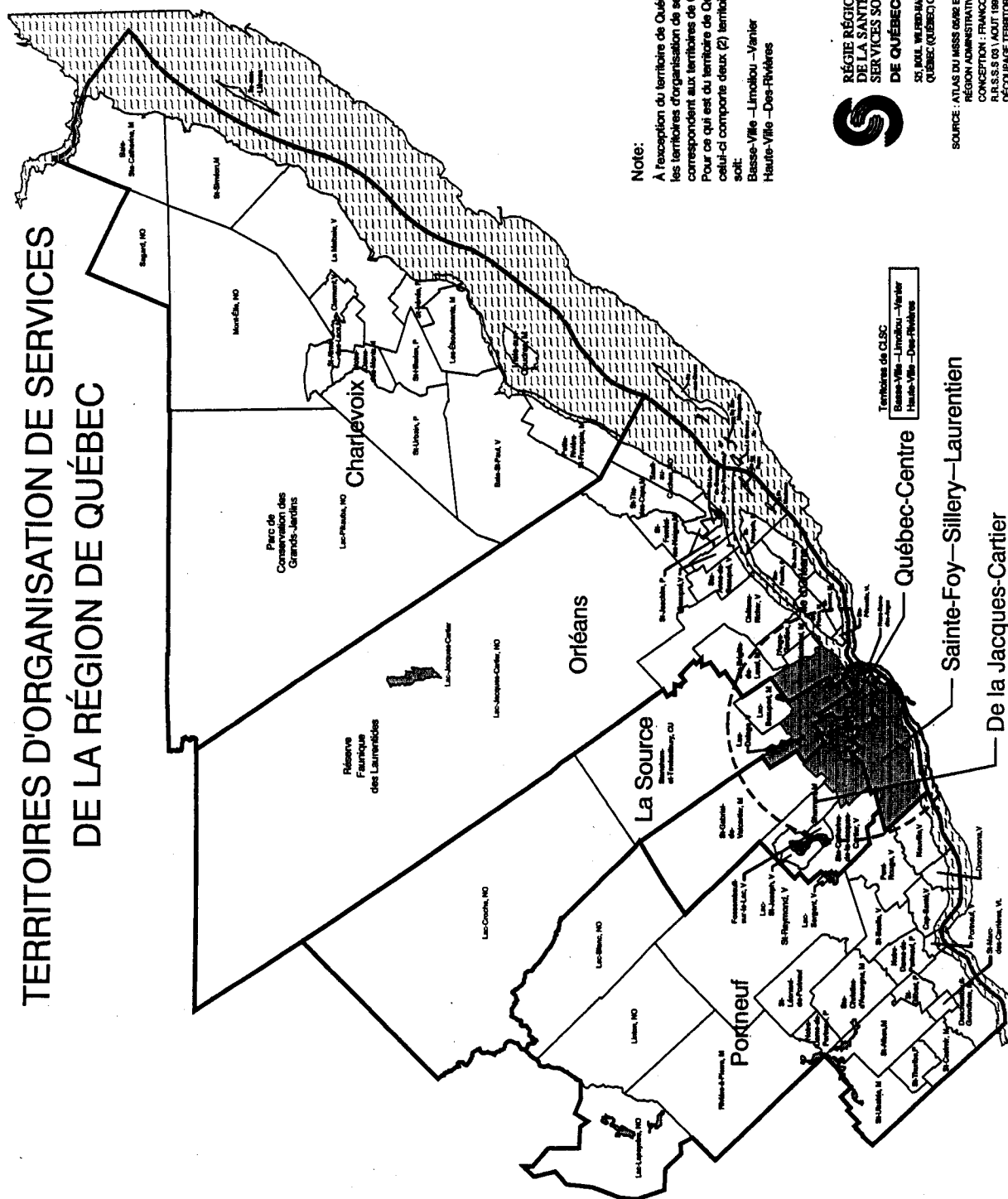
Comme spécifié dans son mandat (annexe X), il a essentiellement la responsabilité d'en assurer la coordination d'ensemble, la cohérence et la pertinence au regard des objectifs visés par la transformation et la consolidation des services, pour ensuite, formuler des recommandations auprès de la direction de la Régie régionale de Québec.

Suite au dépôt de son plan d'intégration des services, chaque territoire sera invité à en faire la présentation et à échanger avec les membres du comité régional.

Annexe VIII

Présentation cartographique de la région de Québec

**TERRITOIRES D'ORGANISATION DE SERVICES
DE LA RÉGION DE QUÉBEC**



Note:

A l'exception du territoire de Québec-Centre, les territoires d'organisation de services correspondent aux territoires de CLSC.

Pour ce qui est du territoire de Québec-Centre, celui-ci comporte deux (2) territoires de CLSC, soit:

- Bas-de-Ville - Limoilou - Vanier
- Haute-Ville - Des-Rivières



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

25, BOUL. WILFRED-HAMEL EST
MONTREAL (QUEBEC) H1M 2S9

SOURCE : ATLAS DU MSSS 05/02 ET CARTE
RÉGION ADMINISTRATIVE 03-1996
CONCEPTION : FRANÇOIS BOUY
R.R.S.S 03 \ MOUT 1997
DÉCOUPAGE TERRITORIAL 12 MARS
RÉVISION 17 AVRIL 2002
DATA / 2001 CARTES OFFICIELLES /
RÉGION 03 - AVRIL 2002

QUÉBEC ET ENVIRONS



Annexe IX

Informations financières sur le programme de santé mentale

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC
ÉVOLUTION DES DÉPENSES EN «SANTÉ MENTALE - SERVICES AUX ADULTES» PAR ÉTABLISSEMENT POUR LA RÉGION DE QUÉBEC (03)
1997-1998 à 2000-2001

Par établissement	1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001		ÉCART SUR 4 ANS	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
CH soins généraux et spécialisés										
CHUQ (1)	8 887 826	52,71%	7 876 640	48,70%	8 470 848	47,70%	9 706 371	54,66%	818 545	9,21%
CHA	6 424 662	38,10%	6 484 539	40,09%	7 223 218	40,67%	8 475 141	47,72%	2 050 479	31,92%
CH de Charlevoix (2)	1 285 310	7,62%	1 494 518	9,24%	1 822 788	10,26%	1 888 721	10,64%	603 411	46,95%
CH St-Joseph de la Malbaie	179 322	1,06%	161 864	1,00%	171 165	0,96%	259 876	1,46%	80 554	44,92%
Hôpital Laval	84 614	0,50%	157 483	0,97%	71 261	0,40%	104 596	0,59%	19 982	23,62%
Sous-total - CHSGS	16 861 734	100,00%	16 175 044	100,00%	17 759 280	100,00%	20 434 705	115,06%	3 572 971	21,19%
CH soins psychiatriques										
CH Robert-Giffard	93 042 366	100,00%	86 421 568	100,00%	90 192 531	100,00%	91 511 838	101,46%	(1 530 528)	-1,64%
Sous-total - CHSP	93 042 366	100,00%	86 421 568	100,00%	90 192 531	100,00%	91 511 838	101,46%	(1 530 528)	-1,64%
CH soins de longue durée										
Hôpital Ste-Anne-de-Beaupré	15 783	15,84%	22 639	26,18%	45 745	45,46%	52 241	51,92%	36 458	231,00%
L'Hôpital Jeffery Hale	16 612	16,67%	16 718	19,33%	16 826	16,72%	11 700	11,63%	(4 912)	-29,57%
Corpo CH Chauveau	67 258	67,49%	47 131	54,49%	38 051	37,82%	33 111	32,91%	(34 147)	-50,77%
Sous-total - CHSLD	99 653	100,00%	86 488	100,00%	100 622	100,00%	97 052	96,45%	(2 601)	-2,61%
CLSC										
Basse-Ville-Limoilou-Varier	3 335 139	25,19%	3 587 224	25,82%	4 457 523	27,19%	4 846 244	29,56%	1 511 105	45,31%
De Portneuf	1 050 091	7,93%	773 478	5,57%	1 298 823	7,92%	1 467 763	8,95%	417 672	39,77%
Haute-Ville-des-Rivières (1 et 3)	1 289 291	9,74%	1 316 268	9,47%	1 400 000	8,54%	2 084 133	12,71%	794 842	61,65%
Ste-Foy-Sillery-Laurentien	2 420 132	18,28%	2 032 190	14,63%	1 763 529	10,76%	1 941 538	11,84%	(478 594)	-19,78%
La Source	1 316 935	9,95%	1 398 642	10,07%	1 831 419	11,17%	1 973 334	12,04%	656 399	49,84%
De La Jacques-Cartier	1 101 642	8,32%	1 174 792	8,45%	1 405 539	8,57%	1 547 477	9,44%	445 835	40,47%
Orléans	2 305 752	17,41%	3 117 553	22,44%	3 707 926	22,62%	4 415 776	26,93%	2 110 024	91,51%
Charlevoix	422 408	3,19%	494 806	3,56%	529 953	3,23%	669 487	4,08%	247 079	58,49%
Sous-total - CLSC	13 241 390	100,00%	13 894 953	100,00%	16 394 712	100,00%	18 945 752	115,56%	5 704 362	43,08%
Organismes communautaires										
Organismes communautaires (non détaillé au contour financier)	5 792 345		7 880 165		8 674 206		8 711 011		2 918 666	50,39%
TOTAL - Région 03	129 037 488		124 458 218		133 121 351		139 700 358		10 662 870	8,26%

NOTES:

- (1) En octobre 2000, les activités de la pédiopsychiatrie ont été transférées du CLSC Haute-Ville des Rivières au CHUQ. Afin d'exclure les coûts de la pédiopsychiatrie, les montants suivants ont été déduits des sommes présentées au contour financier du MSSS soit, 3 606 892 \$ au CHUQ et 3 916 055 \$ au CLSC Haute-Ville des Rivières.
- (2) En 1997-1998, le CH de Charlevoix apparaît à titre de CH psychiatrique dans le rapport du contour financier du MSSS.
- (3) L'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus regroupé avec le CLSC Haute-Ville des Rivières en 1999-2000:

	1997-1998	1998-1999
Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus	8 902 900	7 760 574
	9,57%	8,98%

Le montant de 1 400 000 \$ indiqué en 1999-2000 pour le CLSC Haute-Ville des Rivières est une estimation n'ayant pas de façon distincte les coûts du programme de pédiopsychiatrie.

Référence: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les dépenses du réseau de la santé et des services sociaux par programme-clients.

Annexe X

**Mandat du Comité régional de soutien à la consolidation
et à la transformation des services de santé mentale – services aux adultes**

1. Le mandat

Le « Plan de consolidation des services 1999-2002 » et le « Plan d'action ministériel pour la transformation des services de santé mentale » insistent tous deux sur la nécessité d'accentuer les efforts en vue d'assurer aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale l'accès à une gamme complète de services adaptés à leurs besoins, organisés en réseaux et favorisant leur soutien et leur maintien dans la communauté.

Afin de donner suite à ces orientations, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec propose la mise en place de démarches de partenariat à l'échelle locale et régionale devant conduire à :

- l'élaboration d'un plan d'intégration des services sur chacun des territoires locaux, assorti des ententes de services requises et accompagné d'une proposition visant la désignation de l'entité qui assumera la responsabilité à l'égard de la clientèle (annexe 2);
- l'élaboration de propositions devant assurer l'accès, la coordination et la continuité des services spécialisés et surspécialisés, dans le cadre d'approches intégrées et en support aux services de première ligne de chaque territoire, incluant les omnipraticiens; l'élaboration aussi d'une proposition visant la mise en place d'un programme régional de traitement et de réadaptation dans la communauté, suivant les modalités et les balises adoptées par le conseil d'administration de la Régie régionale de Québec, le 21 juin 2001 (Résolution 73-CA-04.01) (annexe 3);
- l'exploration des moyens et des mécanismes à développer, en vue de faciliter et de supporter l'accès à la formation et au travail en milieu régulier pour la clientèle le désirant (annexe 4);
- l'exploration et l'élaboration de propositions visant à supporter le développement de logements sociaux, ou de formules s'y apparentant, accompagnée de mesures de soutien.

Pour mener à bien l'ensemble de ces démarches, en assurer la coordination d'ensemble, la cohérence et la pertinence au regard des objectifs visés, la Régie régionale de Québec met en place le Comité régional de soutien à la consolidation et à la transformation des services de santé mentale qui aura pour mandat de :

- procéder à la mise en place des groupes de travail portant sur :
 - les services spécialisés et surspécialisés;
 - la formation et l'intégration au travail;
 - l'accès au logement;
- convenir des modalités appropriées au support et au suivi des travaux de ces groupes ainsi que des démarches territoriales;
- recevoir, analyser et échanger sur les résultats des travaux que soumettront les territoires locaux et les groupes de travail en fonction des paramètres suivants :
 - pertinence des résultats de chacune des démarches par rapport aux objectifs fixés (a-t-on répondu à la commande initiale ?);
 - cohérence d'ensemble des planifications et propositions soumises (le tout s'inscrit-il dans une perspective systémique ? les liens requis sont-ils établis ? tous les enjeux d'accès / intégration / continuité / suivi sont-ils couverts ? etc.);
 - faisabilité de la mise en œuvre des planifications et propositions soumises au regard des échéanciers proposés et des conditions posées (priorités arrêtées, ressources requises, modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, etc.);
- formuler des recommandations auprès de la direction générale de la Régie régionale de Québec en regard des planifications et propositions soumises et suivant les mêmes paramètres;
- proposer des modalités de financement de la mise en œuvre des planifications et propositions, en tenant compte des priorités territoriales et régionales et des ressources disponibles dont l'ordre de grandeur aura été signifié par la Régie régionale de Québec (développement et réallocations).

2. La composition du comité

Tel que le précisait la Régie régionale de Québec, à l'issue des consultations menées à l'automne 2000, la composition du Comité régional doit assurer la représentation de l'ensemble des milieux et partenaires concernés, tout en demeurant dans des dimensions opérationnelles. Tenant compte de ces éléments, la Régie régionale de Québec proposait alors la composition suivante, laquelle est maintenue;

➤ <i>usagers :</i>	2 représentants
➤ <i>parents et proches :</i>	2 représentants
➤ <i>organismes communautaires :</i>	2 représentants
➤ <i>territoires locaux :</i>	2 représentants des CLSC (administration et intervention)
➤ <i>milieu hospitalier :</i>	2 représentants du territoire de l'Est et 2 représentants du territoire de l'Ouest (administration et départements de psychiatrie)
➤ <i>médecins omnipraticiens :</i>	1 œuvrant en CLSC et 1 œuvrant en cabinet privé

Incluant la présidence, le comité comptera 15 personnes

3. Le rattachement du comité

Le Comité régional relèvera de la Direction générale de la Régie régionale de Québec qui sera représentée par le directeur de l'organisation des services – secteur social et services de 1^{re} ligne.