



Transformation des services de santé mentale

État d'avancement du plan d'action
de décembre 1998

PLAN D'ACTION POUR
LA TRANSFORMATION
DES SERVICES DE

SANTÉ
mentale

Québec ::

Transformation des services de santé mentale

février 2001

État d'avancement du plan d'action
de décembre 1998

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37159-3

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

© Gouvernement du Québec

MEMBRES DU GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

<i>Louis Blanchette</i> , président	CLSC La Source
<i>Denise Blais</i>	Utilisatrice de services
<i>D^r Claude Bouchard</i>	CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette
<i>Pierre Boucher</i>	Association de parents Valpadem
<i>Thierry Boyer</i>	Centre hospitalier Pierre-Janet
<i>D^r Luc Blanchet</i>	Comité de la santé mentale du Québec
<i>Guy Châteauneuf</i>	Réseau d'aide Le Tremplin
<i>Mireille Doré</i>	Université de Montréal
<i>Francine Dorion</i>	Utilisatrice de services
<i>Diane Gauthier</i>	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
<i>Michelle Lévesque</i>	Hôpital Louis-H. Lafontaine
<i>Christopher MacFadden</i>	Maison Les Étapes
<i>Céline Mercier</i>	Centre hospitalier Douglas
<i>Gabrielle Mercier Leblond</i>	CLSC Orléans
<i>Gisèle Paquet</i>	Centre hospitalier Robert-Giffard
<i>Jean-Luc Parenteau</i>	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
<i>D^{re} Anne-Marie Ponton</i>	Hôpital Charles-Le-Moyne

PERSONNES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ASSOCIÉES AUX TRAVAUX SUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Responsables :

<i>Pierre Michaud</i>	Direction générale des services à la population
<i>Lucie Leduc</i>	Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale

Coordination et rédaction :

<i>Madeleine Breton</i>	Équipe santé mentale
<i>Nathalie Brière</i>	Comité de la santé mentale du Québec

Production des documents:

Direction des communications

Travaux de secrétariat et de mise en forme:

Francine Hardy et *Danielle Chabot*
personnes toxicomanes et

Direction de la jeunesse, des

de la santé mentale

La transformation des services de santé mentale impliquent donc indubitablement un travail d'équipe. À ces personnes s'ajoutent la participation d'un nombre important d'individus, de groupes et d'organismes. Dans le cadre des travaux, ceux-ci ont exprimé des commentaires et suggestions pour soutenir la réalisation de la transformation des services de santé mentale. Nous les remercions sincèrement.

AVANT PROPOS

Au moment de sa création, en 1999, la Direction générale des services à la population du Ministère de la Santé et des Services sociaux a reçu le mandat d'appuyer la mise en œuvre d'orientations ministérielles dans différents champs d'activités du réseau de la santé.

Dans le domaine de la santé mentale, le Ministère s'est adjoint la collaboration d'un groupe d'experts, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. Celui-ci a été mis sur pied pour soutenir l'implantation du Plan d'action ministériel, principalement en jouant un rôle conseil et en produisant des avis.

La conjugaison des efforts de l'équipe ministérielle et d'experts travaillant quotidiennement en santé mentale, à quelque titre que ce soit, témoigne du souci de mettre à profit l'expérience concrète des différents partenaires pour renforcer les orientations d'ensemble du réseau. Cette approche conjointe a été très féconde et c'est avec plaisir que nous vous en présentons les résultats.

Pierre Michaud
Sous-ministre adjoint
Direction générale des services
à la population
Ministère de la Santé et
des Services sociaux

Louis Blanchette
Président
Groupe d'appui à la transformation
des services de santé mentale
Directeur général
CLSC La Source

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1 DÉMARCHE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	10
1.1 ORIGINE DE LA DÉMARCHE D'APPUI.....	10
1.2 GROUPE D'APPUI.....	11
1.3 TOURNÉE DES RÉGIONS ET CONSULTATION DES ORGANISMES NATIONAUX	11
1.4 FORUM SUR LA SANTÉ MENTALE	12
2 ÉTAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX D'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION POUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	14
2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION	14
2.2 MESURES PRIORITAIRES PROPOSÉES À COURT TERME POUR ACCENTUER LA TRANSFORMATION	21
2.3 CONSTATS SUR LES MESURES PRIORITAIRES PROPOSÉES À COURT TERME	22
2.3.1 <i>Principe d'appropriation du pouvoir</i>	22
2.3.2 <i>Services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux</i>	23
2.3.3 <i>Cinq services requis par les adultes ayant des troubles mentaux graves</i>	25
2.3.4 <i>Réseaux locaux de services</i>	34
2.3.5 <i>Conditions de succès de la transformation</i>	36
2.4 INDICATEURS DE SUIVI DE LA TRANSFORMATION	41
2.5 PLAN DE TRAVAIL PROPOSÉ POUR LES MESURES PRIORITAIRES.....	47
CONCLUSION	48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
ANNEXE	50
Organismes nationaux consultés.....	50

INTRODUCTION

En novembre 1999, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux et ministre de la Famille et de l'Enfance, madame Pauline Marois, rendait publics la composition et le mandat du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale. Ce groupe d'experts-conseils est chargé de soutenir l'implantation du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale jusqu'en 2002.

Dès sa mise sur pied, le Groupe d'appui a initié une tournée provinciale pour acquérir une connaissance de l'état de réalisation du Plan d'action dans chacune des régions. En complément, plusieurs organisme nationaux intéressés à la transformation des services de santé mentale ont été consultés. L'analyse des informations recueillies a conduit les membres du Groupe d'appui à proposer des priorités pour accentuer l'actualisation du Plan d'action et ainsi offrir à court terme de meilleurs services aux personnes ayant des troubles mentaux graves et à leur entourage.

Dans le présent document, la démarche d'appui à la transformation des services de santé mentale et l'état d'avancement des travaux d'implantation du Plan d'action sont présentés. Une vue d'ensemble de la situation est d'abord brossée. Ensuite, des mesures prioritaires à court terme pour accentuer la transformation sont proposées. Pour chacune d'elles, des constats plus particuliers sont énoncés et quelques résultats de la transformation, à partir d'indicateurs, sont présentés en complément.

Ce document se veut un outil de connaissance de la réalité auquel les partenaires pourront se référer. Il sert aussi d'assise au plan de travail proposé pour accentuer la transformation des services de santé mentale.

1 DÉMARCHE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

1.1 ORIGINE DE LA DÉMARCHE D'APPUI

Au Québec, l'accès à des services dans le milieu de vie et l'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux, constituaient déjà des priorités de la Politique en santé mentale adoptée en 1989. Lors du bilan de cette politique, dont le rapport est paru en 1997, les personnes consultées ont réaffirmé leur appui aux orientations de 1989. Par ailleurs, ces partenaires ont aussi rappelé qu'alors, les services étaient encore peu diversifiés et majoritairement offerts par le réseau hospitalier, lequel disposait de l'essentiel des ressources. Ces constats ont été également énoncés par le Vérificateur général en décembre 1996.

Après une consultation sur des orientations prioritaires en santé mentale, le Ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait, en décembre 1998, un Plan d'action pour assurer la transformation de l'organisation des services. Ce Plan d'action s'inscrit dans la foulée des orientations de la Politique en santé mentale et vise, de façon prioritaire, l'organisation des services pour les adultes ayant des problèmes graves de santé mentale, les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux, ainsi que leurs familles et leurs proches. Dans ce Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale sont précisés des objectifs et des mesures concernant :

- le principe d'appropriation du pouvoir ;
- les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux ;
- huit services requis par les adultes ayant des troubles mentaux graves ;
- des réseaux locaux de services ;
- la formation des ressources humaines ;
- la rémunération des médecins ;
- le transfert de ressources vers la communauté ;
- le financement de la transformation ;
- des actions intersectorielles ;
- la recherche et l'évaluation ;
- la désignation d'un institut universitaire ;
- le suivi et le soutien de la transformation.

En ce qui concerne le suivi et le soutien de la transformation, il est annoncé dans le Plan d'action que le Ministère mettra sur pied un groupe d'experts pour soutenir les changements pour toute la durée de la transformation. Le Ministère répond de cette façon aux demandes des régies régionales et des organismes nationaux, qui

veulent que soit exercé un suivi à l'échelle nationale pour appuyer un changement aussi important que celui de la transformation des services de santé mentale.

1.2 GROUPE D'APPUI

Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, qui relève du sous-ministre adjoint à la Direction générale des services à la population du Ministère, monsieur Pierre Michaud, est composé de personnes choisies en fonction de leur expérience reconnue dans le domaine de la santé mentale et de leurs capacités en tant qu'experts. Les membres ne représentent pas des groupes d'intérêts ; ils se sont engagés à mettre à profit leur savoir pour faire des analyses articulées de la situation et produire des recommandations pour le Ministère.

Le mandat confié au Groupe d'appui, en novembre 1999, consiste à soutenir et à faciliter le changement pour toute la durée de l'implantation du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, soit jusqu'en 2002. Les objectifs particuliers de ce mandat sont :

- de faire le point sur l'état d'avancement des travaux d'implantation du Plan d'action dans chaque région ;
- de déterminer les causes de certains problèmes et de participer à la recherche de solutions ;
- de faire connaître les transformations réussies ;
- de mobiliser les partenaires autour des stratégies et des processus offrant le meilleur potentiel pour réaliser la transformation.

La ministre annonçait au même moment la tenue éventuelle d'un Forum national sur la santé mentale.

1.3 TOURNÉE DES RÉGIONS ET CONSULTATION DES ORGANISMES NATIONAUX

Les régions

Le 28 avril 2000, les membres du groupe terminaient une tournée de quinze régions du Québec¹. Les rencontres ont permis des échanges avec des personnes utilisatrices de services, des familles et les différents partenaires des réseaux public et communautaire, incluant des médecins omnipraticiens et des psychiatres. Les thèmes abordés au cours de ces rencontres concernaient l'ensemble des objectifs et des mesures du Plan d'action sous la responsabilité des régions régionales, de même que le principe général de l'appropriation du pouvoir qui sous-tend l'ensemble

¹ Les partenaires des régions du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) seront consultés au cours d'une autre démarche adaptée à leur réalité.

de la démarche de transformation. Les objectifs et les mesures à l'étude ont été regroupés sous les thèmes suivants :

- le principe d'appropriation du pouvoir ;
- la mise en place des services requis par les enfants, les jeunes et les adultes ;
- les réseaux locaux de services ;
- les conditions de succès que sont la formation et le financement ;
- la validation des résultats obtenus au moyen d'indicateurs.

Les objectifs et les mesures sous la responsabilité directe du Ministère, tels que la détermination de critères de désignation d'un institut universitaire, la recherche et l'évaluation, n'étaient pas abordés par le Groupe d'appui.

Les organismes nationaux

Des représentants et représentantes de 26 organismes nationaux, s'intéressant aux orientations en santé mentale, assistaient au lancement des travaux du Groupe d'appui, en novembre 1999 (la liste de ces organismes apparaît en annexe). À ce moment, ils faisaient part à la ministre et aux membres du Groupe d'appui, de leurs principaux intérêts et inquiétudes en ce qui concerne la transformation des services de santé mentale. Ces 26 organismes ont aussi eu l'occasion de se prononcer sur l'avancement de l'implantation du Plan d'action en complétant un questionnaire sur les mêmes thèmes que ceux abordés dans la tournée des régions.

Les propos recueillis, tout au long de cette tournée et par le biais des questionnaires, ont servi de matériel de base au Groupe d'appui pour dégager des lignes directrices quant aux mesures prioritaires à poursuivre d'ici 2002.

1.4 FORUM SUR LA SANTÉ MENTALE

La démarche visant à mobiliser le réseau et appuyer la transformation des services de santé mentale, prévoyait la tenue d'un Forum national sur la santé mentale. Ce Forum avait pour assises les travaux et les propositions du Groupe d'appui.

Le Forum visait un double objectif. D'une part, il s'agissait de partager une vue d'ensemble de l'implantation du Plan d'action, un certain nombre d'enjeux et les grandes conditions à mettre en place pour poursuivre la transformation. D'autre part, le Forum devait culminer sur l'engagement de l'ensemble des personnes touchées par cette transformation à réaliser un plan de travail conjoint pour effectuer les changements attendus.

Le déroulement de cet événement, de même que les principaux commentaires formulés par les personnes participantes, sont présentés dans le document « *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* ». Les engagements pris par les partenaires et le Ministère apparaissent également dans ce document.

2 ÉTAT D'AVANCEMENT DES TRAVAUX D'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION POUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

C'est en ayant comme objectif l'amélioration des réponses aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale que les membres du Groupe d'appui ont fait un bilan des changements apportés par la transformation des services de santé mentale. Cette section du document présente le bilan réalisé par le Groupe d'appui.

Se fondant sur les informations recueillies au cours de la tournée des régions et de la consultation des organismes nationaux, de même que sur l'expertise de ses membres, le Groupe d'appui présente d'abord une vue d'ensemble de l'implantation du Plan d'action. Cette lecture met en lumière la nécessité d'accentuer à court terme certaines mesures de ce plan afin qu'il résulte de la transformation une amélioration à court terme des services aux personnes qui en ont besoin. Chacune des mesures proposées par le Groupe d'appui comme étant prioritaires, s'accompagne de constats plus particuliers. Les résultats pour quelques indicateurs de suivi de la transformation sont présentés en complément.

Suivant cette analyse, le Groupe d'appui a élaboré un plan de travail où sont précisés, pour chacune des mesures proposées comme étant prioritaires, des cibles à atteindre et des actions à entreprendre à court terme. Ce plan est abordé brièvement dans la dernière partie du document et présenté intégralement dans celui intitulé « *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* ».

2.1 VUE D'ENSEMBLE DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION

Une transformation bien amorcée

Au moment du lancement du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, en décembre 1998, plusieurs des partenaires concernés avaient le sentiment qu'il s'agissait de la dernière chance accordée pour réussir la transformation des services de santé mentale amorcée il y a déjà quelques décennies. Ce sentiment d'urgence semble avoir contribué à un engagement remarquable des personnes utilisatrices de services, des familles et des partenaires des réseaux public et communautaire dans cette importante phase de transformation. Un consensus est exprimé au regard des orientations préconisées et des objectifs poursuivis. Conséquemment, la transformation est en cours dans l'ensemble des régions du Québec, à des rythmes et à des conditions variables, et des expériences prometteuses se déroulent dans chacune des régions. De plus, les

modèles d'organisation de services privilégiés varient d'une région à l'autre et semblent être fonction de particularités régionales telles que la densité de la population, l'étendue du territoire à couvrir, la disponibilité historique des services et la proximité avec les pôles urbains.

Globalement, après un an d'implantation du Plan d'action, les réponses aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves ainsi qu'à ceux de leurs familles et de leurs proches, ont évolué dans le sens des orientations préconisées. De fait, les réponses se sont diversifiées de plus en plus, et les cibles se rapportant aux lits en psychiatrie et à la durée moyenne de séjour en soins psychiatriques de courte durée sont pratiquement atteintes. Les services ont été davantage offerts près des milieux de vie des personnes et ces dernières cherchent de plus en plus, par le moyen de démarches collectives, à se réapproprier la maîtrise de leur vie.

En dépit de cette évolution positive de l'organisation des services, bon nombre de constats défavorables, énoncés depuis plusieurs années déjà, demeurent largement de circonstance en cette nouvelle étape de transformation des services de santé mentale.

L'appropriation du pouvoir : fondement de la transformation

Au cours des dix dernières années, il y a eu un passage du principe de la primauté de la personne, tel qu'énoncé dans la Politique de santé mentale de 1989, à celui de l'appropriation du pouvoir, que prône le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998. Dans l'intervalle, un mouvement de promotion et de défense des droits s'est mis sur pied, le cadre légal s'est partiellement ajusté, mais le principe d'appropriation du pouvoir demeure largement, pour plusieurs, une intention. Pour d'autres, ce principe équivaut à une conception théorique non applicable au champ de pratiques qui caractérisent l'intervention auprès des personnes ayant des troubles mentaux graves. En somme, sur les chapitres de la prestation et de l'organisation des services, les personnes utilisatrices de services ont encore peu de choix, et très peu de place dans les décisions qui les concernent. Une plus grande variété dans les approches et dans le type de services disponibles est nécessaire pour soutenir le principe d'appropriation du pouvoir, et ainsi offrir aux personnes la possibilité de faire réellement des choix libres et éclairés.

Les services aux enfants et aux jeunes : une transformation qui ne peut plus attendre

L'amélioration de l'offre de services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux est une priorité absolue dans chacune des régions du Québec. En effet, les constats sont plutôt inquiétants. L'ensemble des services spécialisés de pédopsychiatrie sont peu accessibles tandis que l'arrimage des interventions faites

par les diverses personnes travaillant auprès des enfants et des jeunes ayant des troubles mentaux est pratiquement inexistant.

De plus, plusieurs des constats concernant le réseau de services aux adultes, énoncés ci-après, s'appliquent aux enfants et aux jeunes. L'urgence d'agir et la complexité de la tâche commandent à tous les partenaires de collaborer, et de s'inspirer, entre autres des expériences antérieures de transformation pour réussir celle réclamée unanimement dans l'ensemble du Québec pour les enfants et les jeunes. Des constats plus précis sur les services de santé mentale pour cette clientèle sont énoncés au point 2.3.2, qui porte spécifiquement sur cette question, et au point 2.3.3 intitulé « Le traitement médical et les ressources médicales ».

Une transformation qui doit s'accroître pour les adultes

De façon générale, les services requis au maintien des personnes adultes dans leur communauté sont apparus encore déficients à la grandeur du Québec. Dans les régions où de tels services existent, leur pérennité n'est pas nécessairement assurée, ou bien leur accessibilité est problématique. Ces constats sont préoccupants car l'immense majorité des personnes présentant des problèmes graves de santé mentale vivent dans la communauté et désirent y demeurer. Par ailleurs, elles y vivent dans des conditions de pauvreté telles, qu'elles peuvent difficilement satisfaire leurs besoins essentiels (logement, vêtement, nourriture), et se déplacer pour exercer des activités significatives et recourir aux soins et aux services que leur état de santé requiert.

Pour contribuer adéquatement au maintien des personnes dans leur communauté, il faut donc offrir des services de soutien qui les aideront à répondre à leurs besoins de base, mais aussi une assistance immédiate dans les situations de crise et le soutien d'une ou d'un intervenant lorsque nécessaire : c'est-à-dire des services de suivi dans la communauté. Les personnes utilisatrices de services de même que les partenaires ont souligné, au cours de la tournée du Groupe d'appui, que les demandes prioritaires de services renvoient à ces besoins de maintien dans la communauté.

Plus souvent qu'autrement, les familles et les proches des personnes ayant des troubles mentaux doivent pallier les défaillances et les insuffisances du réseau de services dans la communauté. En ce sens, il apparaît juste de dire que les familles et les proches assument en partie la transition de la transformation des services, comme ils l'ont fait d'ailleurs lors des vagues précédentes de désinstitutionnalisation. Les familles et les proches, rencontrés au cours de la tournée, ont clairement exprimé la nécessité d'accroître en priorité la transformation des services visant le maintien dans la communauté. Par voie de conséquence, ils seraient davantage soutenus dans leur implication auprès de la personne souffrant d'un trouble mental grave. Toutefois, les familles réclament aussi pour elles-mêmes

davantage de soutien pour, d'une part, maintenir leur implication auprès de la personne et, d'autre part, améliorer leur qualité de vie.

L'ensemble de ces constats concernant le maintien des personnes dans la communauté militent en faveur de faire du suivi dans la communauté, de l'intervention en situation de crise, des services résidentiels et du soutien aux familles et aux proches, une priorité. Pour ces services jugés prioritaires par le Groupe d'appui, un état d'avancement des travaux plus détaillé est présenté à la section 2.3 du présent bilan.

Les demandes que font les personnes ayant des troubles mentaux graves pour des services d'intégration à la vie en société suivent de très près celles concernant le maintien dans la communauté. Elles portent sur l'accès à l'éducation, à un emploi adapté, à des loisirs, à des occupations significatives et à des activités de socialisation, d'entraide. Bref, à un ensemble de services ou d'activités qui, pour l'ensemble des citoyens et citoyennes du Québec, contribuent à leur intégration à la vie en société. L'intégration en milieu régulier de travail est particulièrement soulignée par les partenaires, qui jugent insuffisantes les actions intersectorielles en cette matière. Dans un même ordre d'idées, une plus grande contribution des municipalités au niveau du transport est réclamée pour agir sur les problèmes d'accès aux services dans les régions où le territoire est vaste et la population dispersée.

Pour leur maintien dans la communauté et leur intégration sociale, les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ont besoin de traitements appropriés offerts de façon fluide et continue. La transformation des services doit permettre que se poursuivent et se développent différentes formes de traitement, en privilégiant celles offertes dans la communauté. Le traitement médical demeure pratiquement la seule forme disponible et des problèmes majeurs d'accès subsistent encore aujourd'hui dans l'ensemble des régions du Québec, malgré une tendance à offrir des activités de traitement de plus en plus près des milieux de vie. Les autres types de traitement visant le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes sont encore très peu développés et peu reconnus.

Sur le plan médical, l'hospitalisation est parfois une composante nécessaire du traitement. Les cibles visés au regard du nombre de lits en psychiatrie et de la durée moyenne de séjour en soins psychiatriques de courte durée, sont pratiquement atteintes au niveau provincial.

La hiérarchisation des services médicaux est par ailleurs peu appliquée dans l'ensemble des régions du Québec. Globalement, l'accessibilité aux services de psychiatrie, dits de deuxième ligne, et la mise en réseau de ces services avec les omnipraticiens et les autres professionnels en première ligne demeurent problématiques partout. De plus, bon nombre de régions éprouvent des difficultés de recrutement et de rétention des psychiatres pour assurer une accessibilité

adéquate aux services de psychiatrie. Enfin, on observe un virage ambulatoire en psychiatrie qui comprend pour les régions de Montréal et Québec des développements de services de plus en plus spécialisés.

L'ensemble de ces considérations concernant l'organisation des services médicaux et les ressources médicales supportent la proposition du Groupe d'appui d'agir en priorité sur les problèmes identifiés. Des constats un peu plus détaillés sont donc présentés à la section 2.3 du présent bilan.

Une transformation ciblant des réseaux diversifiés et intégrés de services

La transformation des services de santé mentale s'inscrit dans les orientations d'ensemble du système de santé qui privilégie l'intégration des services sur une base locale. De plus, en santé mentale, la diversité des compétences et des expertises nécessaires pour maintenir les personnes ayant des troubles mentaux graves dans la communauté requiert la contribution de plusieurs groupes d'acteurs. La mise en réseau des multiples services qui doivent être offerts par plus d'un partenaire s'impose ainsi comme une condition pour assurer des services de qualité.

Pourtant, dans presque toutes les régions du Québec, l'organisation du travail en réseau sur une base locale est une exception. Des ruptures dans la continuité des services s'observent partout à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux et encore davantage avec d'autres secteurs tels que la justice, l'habitation, le travail, l'éducation. Les personnes rencontrées s'entendent toutes sur la nécessité de la mise en réseau des services, mais soulignent du même souffle des craintes, accompagnées d'un manque de connaissances, sur les manières de procéder à l'intégration des services. Plus particulièrement, la gestion des services sur une base locale, qui implique dans le cadre du Plan d'action la désignation d'une entité responsable, suscite des interrogations, voire des résistances, et celles-ci semblent suffisamment importantes pour ralentir la mise en place de réseaux diversifiés et intégrés de services.

Une transformation qui requiert des conditions et des clarifications

a) Condition : formation des ressources humaines

L'envergure de la transformation actuelle en santé mentale implique des changements importants dans la nature des tâches et dans les relations avec les personnes utilisatrices de services, les familles, les professionnels du réseau et les autres acteurs du secteur. Dans un tel contexte, un effort de formation s'avère indispensable pour réussir à instaurer de nouvelles cultures d'intervention. En fait, le renouvellement des façons de faire des intervenants dynamise généralement le changement. À cet égard, ces derniers demandent que soient reconnues les

différentes expertises disponibles actuellement dans les réseaux public et communautaire en plus de participer activement aux changements des pratiques. Cela implique de les « mettre dans le coup ». En conformité avec le principe d'appropriation du pouvoir, les personnes utilisatrices de services ainsi que les familles expriment la même demande.

L'ensemble des partenaires reconnaissent donc l'importance de la formation continue mais curieusement, le volume et le type d'activités de formation offertes jusqu'à présent dans la plupart des régions ne semblent pas traduire ce niveau d'importance. De plus, les formations ne s'inscrivent pas dans un plan d'ensemble qui permettrait d'optimiser les investissements et favoriser le partage d'expertises. En matière de formation, les partenaires nourrissent donc des attentes et expriment des besoins en ce sens au Ministère.

b) Condition : financement de la transformation

Entre 1994-1995 et 1998-1999, le budget global en santé mentale a peu augmenté et l'ensemble des partenaires jugent que les sommes actuelles sont insuffisantes pour offrir une diversité de services appropriés aux besoins des personnes utilisatrices de services ainsi qu'à ceux de leur famille et de leurs proches. Le niveau actuel de financement constituerait un frein à la transformation des services.

En 1998-1999, 49,5 % des dépenses (excluant celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec) étaient consacrées aux hospitalisations et 50,5 % aux autres services du secteur de la santé mentale, comparativement à 60,1 % et 39,9 % en 1994-1995. L'objectif du Plan d'action est d'obtenir une proportion de 40 % des dépenses pour les hospitalisations et de 60 % pour les autres services. Le financement de cette transition constitue un défi de taille dans un contexte caractérisé par d'importantes contraintes organisationnelles et financières propres à chacun des partenaires.

L'accroissement de la proportion des dépenses engagées dans des services autres que l'hospitalisation s'explique principalement par la réaffectation dans la communauté d'une partie du budget de fonctionnement de certains centres hospitaliers pour des services diversifiés.

c) Conditions : partenariat

Le partenariat dans la transformation des services permet d'optimiser les compétences et les expertises disponibles afin de répondre plus adéquatement aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves. La reconnaissance mutuelle du rôle et de la contribution de chacun ainsi que la mobilisation concertée

de tous ne sont malheureusement pas encore des acquis dans la grande majorité des régions du Québec.

Plus spécifiquement, les mécanismes de concertation qui soutiennent la prise de décision en rapport avec la transformation semblent faire défaut dans plusieurs régions. Là où ils existent, leur fonctionnement ne semble pas toujours convenir aux partenaires.

d) Clarification : orientations et concepts

Pour un bon nombre des services requis, les partenaires disposent de connaissances évaluatives et scientifiques qui supportent leur mise en place et leur mise en réseau. Par contre, la façon dont les prestataires traduisent les concepts et implantent les pratiques auxquelles renvoie la transformation, ne semble pas toujours correspondre à ce qui est attendu dans le Plan d'action. Il est apparu clair, pour les membres du Groupe d'appui, que les concepts tels que le suivi dans la communauté (intensif, non intensif, mixte), le traitement dans la communauté (de base, spécialisé, surspécialisé ou alternatif), l'entraide (par et pour les personnes, par les organismes communautaires) et l'organisation de réseaux locaux de services, doivent être davantage précisés. Ces clarifications sont nécessaires pour poursuivre, en conformité avec les objectifs de la transformation, la mise en place des orientations du Plan d'action et ainsi s'assurer que les actions de chacun des partenaires concourent aux résultats escomptés.

e) Clarification : mandats et responsabilités

L'ensemble des mesures du Plan d'action ne sont pas nécessairement intégrées aux plans de consolidation des services des régies régionales. C'est que certaines régions avaient largement complété leur plan de consolidation pour l'ensemble des programmes clientèles avant la diffusion du Plan d'action. De plus, les plans régionaux d'organisation des services (PROS) en santé mentale, encore en vigueur dans certaines régions, ne tiennent pas forcément compte de l'ensemble des mesures de ce récent plan ministériel. Conséquemment, pour certaines régions, les mandats et les responsabilités concernant certains éléments du Plan d'action doivent être reconsidérés rapidement. À défaut de les préciser, il s'avérera difficile d'assurer, dans une perspective d'imputabilité, un suivi adéquat et continu des opérations liées à la transformation.

2.2 MESURES PRIORITAIRES PROPOSÉES À COURT TERME POUR ACCENTUER LA TRANSFORMATION

Analysant l'état d'avancement des travaux pour chacune des mesures à l'étude du Plan d'action, le Groupe d'appui a constaté qu'elles étaient toutes amorcées dans l'ensemble des régions du Québec, à des degrés variables. Cependant, dans une perspective de concrétisation progressive et stratégique du Plan d'action, il apparaît nécessaire, à cette étape, que certaines mesures fassent l'objet à très court terme d'actions précises, de manière à accentuer significativement, et conformément aux orientations ministérielles, la transformation en cours.

Sélectionner des priorités implique de donner temporairement moins d'importance à un certain nombre d'objectifs et de mesures. Les services qui ne sont pas considérés comme prioritaires au cours de la prochaine étape d'implantation du Plan d'action, ne sont pas pour autant éliminés ; la nécessité de mettre en place l'ensemble des services requis demeure, et ils seront pris en compte dans les étapes ultérieures. L'envergure de la transformation amorcée en santé mentale impose de faire converger nos efforts sur des dimensions précises et ainsi de procéder par étapes.

Le Groupe d'appui propose donc au Ministère et à l'ensemble des partenaires un plan de travail comportant des mesures prioritaires à accentuer d'ici 2002. Ces mesures concernent :

- le principe d'appropriation du pouvoir ;
- les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux ;
- cinq services requis par les adultes ayant des troubles mentaux graves, soit le suivi dans la communauté, l'intervention en situation de crise, les services résidentiels, le traitement médical, incluant les ressources médicales, de même que le soutien aux familles et aux proches ;
- les réseaux locaux de services ;
- des conditions de succès de la transformation, soit la formation des ressources humaines et le financement de la transformation.

Pour chacune de ces mesures, des constats sur l'état d'avancement des travaux sont énoncés au point 2.3 de la présente section et soutiennent les choix proposés par le Groupe d'appui.

Travaux pour compléter la transformation

La transformation des autres services dont ont besoin les adultes aux prises avec des troubles mentaux graves, est entamée et doit se poursuivre. Au même titre que les mesures prioritaires proposées à court terme pour accentuer la transformation,

le Groupe d'appui est d'avis que ces services devront ultérieurement faire l'objet d'actions spécifiques. Il s'agit :

- du traitement dans la communauté (autre que médical) ;
- de l'intégration au monde du travail et de l'éducation ;
- de l'entraide ;
- des loisirs et du développement des habiletés personnelles ;
- du soutien aux besoins de subsistance (autres que résidentiels).

À ces services s'ajoutent une préoccupation envers les besoins particuliers des femmes, la désignation d'un institut universitaire, et les travaux de recherche et d'évaluation qui soutiennent la transformation.

À l'égard de certaines de ces mesures, le Groupe d'appui poursuivra ses travaux de soutien. À la lumière de ceux-ci, et d'autres, le Ministère verra à définir, en collaboration avec les personnes utilisatrices de services, les familles et les partenaires des réseaux public et communautaire, les modalités qui permettront de compléter d'ici 2002 l'implantation du Plan d'action à la transformation des services de santé mentale.

2.3 CONSTATS SUR LES MESURES PRIORITAIRES PROPOSÉES À COURT TERME

2.3.1 Principe d'appropriation du pouvoir

- a) *Rappel de l'objectif du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 17)*

Le principe d'appropriation du pouvoir par la personne sous-tend l'ensemble des objectifs et des mesures du Plan d'action. L'application de ce principe, sur les plans individuel et collectif, implique que la transformation doit se faire avec la préoccupation constante de permettre aux personnes concernées de participer activement aux choix des services et des moyens qui les aideront à atteindre leurs buts personnels et à réaliser leur plein potentiel. Plus précisément, l'appropriation du pouvoir par la personne signifie :

- *avoir une plus grande maîtrise de sa vie par sa participation active aux décisions qui la concernent ;*
- *avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés ;*
- *pouvoir actualiser son potentiel de croissance personnelle, professionnelle et sociale ;*
- *pouvoir défendre ses droits.*

b) *État d'avancement des travaux*

Dans l'ensemble des régions, les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale réclament avec insistance la mise en place de conditions et de pratiques qui leur permettraient de se réapproprier la maîtrise de leur vie. Par ailleurs, la majorité des partenaires consultés disent éprouver des difficultés à traduire concrètement le principe d'appropriation du pouvoir. Ces difficultés se poseraient encore plus particulièrement lorsqu'ils sont face à des adolescents et à des jeunes adultes.

Les façons d'appliquer les règles de la responsabilité professionnelle, incluant le respect de la confidentialité, semblent constituer des contraintes au passage du principe de la « prise en charge » à celui de l'appropriation du pouvoir. De plus, l'organisation actuelle du réseau de services ne facilite pas d'emblée la participation des personnes aux décisions qui les concernent, tant sur le plan individuel que collectif. Dans ce contexte, il s'avère difficile pour elles d'exercer des choix libres et éclairés. La possibilité pour les personnes de faire de tels choix s'avère également difficile, voire parfois impossible, dans les régions où la gamme de services est encore peu diversifiée. L'organisation des services tend vers l'actualisation du potentiel de croissance personnelle, professionnelle et sociale des individus, mais cet objectif est encore loin d'être atteint.

Les personnes utilisatrices de services soulignent toutefois l'importance et leur appréciation, particulièrement en période de transformation, des services de promotion et de défense des droits offerts dans chacune des régions du Québec. En conformité avec le principe voulant que les personnes aient pleins pouvoirs sur leur vie, l'accès à ce type de service doit être privilégié.

2.3.2 Services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux

a) *Rappel de l'objectif du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 25)*

Améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité entre les services psychosociaux et médicaux destinés aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux.

Une organisation adéquate de services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux doit garantir :

- *un accès rapide, parfois même immédiat, aux services d'évaluation diagnostique ;*
- *un accès à des services de dépistage fiables, en amont de l'évaluation diagnostique ;*

- un accès, après l'évaluation diagnostique, à des services de suivi clinique ;
- un accès à une gamme de services de pédopsychiatrie adaptés au contexte et aux besoins régionaux ;
- des liaisons fonctionnelles entre les différents services pour les enfants, les jeunes et leur famille ;
- des services de consultation et de soutien, fournis par des équipes spécialisées, aux équipes des services de base.

Cette organisation de services doit compter un nombre suffisant de ressources interdisciplinaires en pédopsychiatrie. En l'absence d'une telle masse critique, il faudra penser à des services suprarégionaux.

b) État d'avancement des travaux

Les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux doivent s'inscrire dans le cadre général de la Stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes : *Agissons en complices*, mise en œuvre par le Ministère en 1998. En matière de services à la jeunesse, les services de santé mentale sont considérés comme spécialisés, et doivent donc être complémentaires à l'ensemble des services pour les enfants, les jeunes et leur famille. Cette perspective implique de développer des modèles d'organisation de services intégrés et par conséquent, de parfaire les connaissances sur les pratiques à privilégier.

En ce qui concerne les services spécialisés offerts aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux, des problèmes majeurs de disponibilité et d'accessibilité sont fortement soulignés à la grandeur du Québec. Les ressources interdisciplinaires en pédopsychiatrie sont peu nombreuses, sinon inexistantes dans plusieurs régions du Québec. Là où elles existent, leur répartition et leur accessibilité seraient inadéquates.

On note également que la plupart des prestataires de services à la jeunesse (ex. : milieux scolaires, CLSC, centres jeunesse) s'investissent au niveau de l'évaluation des enfants et des jeunes et enclenchent très souvent par la suite des démarches auprès des services de pédopsychiatrie pour obtenir une évaluation spécialisée et assurer un suivi clinique. Des délais inacceptables sont observés pour obtenir une telle évaluation et peu de personnes font l'objet d'un traitement spécialisé. Conséquemment, les enfants et les jeunes, qu'ils aient obtenu ou non une évaluation diagnostique, se retrouvent en attente de services spécialisés.

Un bon nombre de partenaires ont également signalé leur grande préoccupation à l'égard des jeunes en détresse et qui présentent des problèmes multiples (ex. : toxicomanie, dispositions suicidaires). L'organisation actuelle des services répond peu ou mal aux besoins de ces jeunes. L'arrimage aux services de santé mentale aux adultes est aussi largement déficient.

Dans certains territoires locaux ou certaines sous-régions, des liaisons fonctionnelles entre les différents prestataires de services aux enfants, aux jeunes et à leur famille, sont en place. Ce mode d'organisation de services est malheureusement encore très peu implanté. Les divergences d'approches entre les prestataires, la méconnaissance des rôles et des responsabilités de chacun sont nommés à titre de freins à cette continuité. De plus, la décroissance des ressources en milieu scolaire, le besoin éminent de consolidation des équipes de base et la difficulté d'intéresser ou d'impliquer davantage des omnipraticiens au suivi des clientèles, ajoutent au défi de la mise en réseau des services s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille.

Devant cet état de fait, les parents d'enfants ou de jeunes ayant des troubles mentaux devraient être particulièrement soutenus. Malheureusement, les services de soutien pour ces parents sont pratiquement inexistant dans l'ensemble des régions du Québec. On note ici et là des initiatives intéressantes, dues entre autres aux associations de familles et de proches, mais les moyens dont disposent les organismes ne permettent pas de fournir l'aide et le soutien dont les familles en détresse ont besoin. Celles-ci réclament avec insistance de l'aide pour elles et leurs enfants car plus souvent qu'autrement, elles sont en attente de services de pédopsychiatrie et demeurent dans l'intervalle isolées et peu informées.

Des constats très importants concernant la pratique médicale et les effectifs médicaux en pédopsychiatrie ont également été faits par les partenaires rencontrés. Dans le but d'alléger le texte, ils sont intégrés au point 2.3.3 portant sur « le traitement médical et les ressources médicales ».

2.3.3 Cinq services requis par les adultes ayant des troubles mentaux graves

a) *Rappel de l'objectif du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p.19)*

Mettre en place ou consolider les services suivants pour les adultes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale :

- *le suivi dans la communauté ;*
- *l'intervention en situation de crise ;*
- *le soutien pour la réponse aux besoins résidentiels ;*
- *le traitement médical, incluant les ressources médicales ;*
- *le soutien aux familles et aux proches.*

Le suivi dans la communauté

- a) *Rappel d'éléments du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 19-20)*

Le suivi dans la communauté prend différentes formes selon les besoins de la personne et regroupe des activités variant selon les modèles de référence, les clientèles, l'organisation locale des services, l'expertise disponible, etc.

Les types de suivi se distinguent selon :

- *les interventions requises (ex. : soins infirmiers, autonomie dans la vie quotidienne, intégration à l'emploi, soutien pour le logement et la nourriture, soutien des proches et de l'entourage, gestion du budget) ;*
- *l'intensité (suivi intensif, non intensif, mixte) qui renvoie au volume d'interventions requises et à la durée dans le temps ;*
- *la modalité (suivi effectué par des individus, par une équipe) ;*
- *le prestataire (professionnel du réseau public, intervenant du réseau communautaire).*

Le suivi intensif en équipe, dont l'efficacité a été démontrée, vise les personnes les plus gravement atteintes et les plus vulnérables. Un suivi dans la communauté, d'une intensité moindre et effectué par des individus plutôt que par une équipe, est aussi nécessaire pour les personnes moins gravement atteintes.

- b) *État d'avancement des travaux*

En 1989, la Politique en santé mentale avait comme orientation prioritaire la recherche de solutions dans les milieux de vie des personnes. Dans la foulée de cette politique, des programmes de suivi dans la communauté se sont peu à peu mis en place. Le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale vise également le suivi dans la communauté.

De fait, des services de suivi dans la communauté existent dans toutes les régions, mais ne sont pas nécessairement disponibles dans chaque territoire local. Ces services sont offerts selon des modalités d'intervention variables et les conditions propres à chaque région, en plus d'être assurés par différents prestataires. Certains partenaires ont implanté des modèles documentés dans la littérature, alors que d'autres ont développé des services de suivi en fonction des ressources du milieu ou de choix administratifs. Il semble s'agir majoritairement de suivi non intensif ou de suivi mixte (travail d'équipe avec suivi d'intensité variable) où sont souvent confondus suivi dans la communauté et traitement dans la communauté. À cet égard, des personnes utilisatrices de services craignent que soient privilégiées, à l'intérieur du suivi intensif en équipe, des interventions de « prise en charge », alors

qu'elles souhaitent se réappropriier la maîtrise de leur vie dans les lieux où elles ont choisi de vivre, et s'intégrer tout en obtenant un soutien individualisé pour y arriver.

En somme, un bon nombre de partenaires développent des services de suivi dans la communauté, modifient substantiellement leurs pratiques, et concordent ainsi aux orientations de la transformation. Toutefois, une consolidation de ces services est prioritaire pour garantir les acquis. De plus, le suivi dans la communauté doit dépasser largement le contexte du prestataire et exige par conséquent, une mise en réseau des services locaux. Les paramètres précisés dans le Plan d'action pour organiser le suivi dans la communauté ne semblent pas suffisamment clairs pour mobiliser les prestataires dans un tel partenariat ; une condition essentielle de la transformation encore peu implantée dans l'ensemble des régions du Québec.

L'intervention en situation de crise

a) Rappel d'éléments du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 20)

Les services de crise peuvent prendre différentes formes, mais sont toujours fondés sur l'intervention d'une personne ou d'une équipe formée à cette fin, et dont le but est de diminuer la tension, de prévenir les risques de tout ordre et d'orienter la personne vers des services adaptés à plus long terme. Les services doivent aussi appuyer l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

b) État d'avancement des travaux

Compte tenu des particularités et des dynamiques régionales (ex. : densité de population, étendue territoriale, nombre et type de prestataires), différentes modalités d'intervention en situation de crise sont instaurées. Les partenaires ont clairement signifié qu'ils souhaitent que les modes d'intervention retenus prennent en considération ces facteurs régionaux.

La coordination entre les différentes réponses aux situations de crise et la mise en réseau de ces services est apparue dans la plupart des régions du Québec comme étant le principal problème. De fait, les services sont morcelés en fonction des clientèles, souvent sous financés et non reconnus par le réseau public lorsqu'ils sont offerts par des organismes communautaires, entraînant ainsi d'importants problèmes de continuité dans l'intervention.

Dans certaines régions, il n'y a pas d'autre choix que le recours aux services de l'urgence hospitalière pour les personnes en état de crise psychiatrique. Dans certains cas, ces services s'avèrent tout à fait appropriés. Mais de façon générale, le fonctionnement et l'aménagement actuels des urgences hospitalières sont plus ou

moins adaptés à ces personnes. De plus, l'urgence hospitalière est rarement en lien efficace avec les autres ressources disponibles pour intervenir.

Dans une même région, plusieurs organismes offrent un service d'écoute téléphonique. Les personnes utilisatrices de services jugent ces interventions insuffisantes, et pas toujours adaptées aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves.

Les personnes réclament prioritairement la possibilité de faire des choix lorsqu'elles sont en crise – donc d'autres solutions que l'urgence hospitalière – et privilégient les interventions offertes par des équipes mobiles, c'est-à-dire des intervenants qui se déplacent dans les milieux de vie, de même que l'hébergement de crise plutôt que l'hospitalisation ou l'urgence hospitalière. Or, l'intervention dans les milieux de vie comme l'hébergement de crise existent peu au Québec pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.

De plus, il est souhaité que les interventions soient assurées par des individus ayant une expertise d'aide auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et qui vivent une situation de crise, plutôt que par des intervenants et intervenantes responsables d'un ou de services qui ne requièrent pas nécessairement des compétences ou des qualifications pour intervenir en situation de crise.

Les services d'intervention en situation de crise doivent donc être adaptés aux personnes ayant des troubles mentaux graves. On constate cependant que dans bon nombre de cas, les services actuels se sont développés pour une population spécifique (ex. : personnes en crise suicidaire), ou encore excluent les personnes aux prises avec des troubles mentaux ou avec des problèmes multiples (ex. : toxicomanie, itinérance).

Il est à noter que les services d'intervention en situation de crise requièrent particulièrement une mise en réseau sur une base locale, entre autres avec les services résidentiels, les services de suivi dans la communauté, les urgences hospitalières et les services policiers. Un tel niveau de mise en réseau est pratiquement inexistant dans la plupart des régions du Québec alors que des expériences locales démontrent que les personnes bénéficiant d'un suivi dans la communauté ont moins recours aux services de l'urgence hospitalière.

Enfin, dans la majorité des régions, l'organisation actuelle des services d'intervention en situation de crise est précaire ou inexistante bien qu'elle constitue un préalable à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi C-75) et, plus particulièrement encore, de l'article 8. Selon le premier paragraphe de cet article, un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne dans un CLSC ou un centre hospitalier (visé à l'article 6 de la loi), à la

demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. La référence aux services d'aide en situation de crise vise à prévenir le recours à la mesure prévue à l'article 8 en offrant à la personne la possibilité de faire appel à des intervenants pour désamorcer la crise et suggérer d'autres moyens susceptibles de lui venir en aide. À la date d'entrée en vigueur de la loi (1^{er} juin 1998), peu de services d'intervention de crise au Québec étaient organisés de manière à assurer adéquatement l'application de l'article 8. En octobre 1999, une analyse de la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la loi, effectuée par madame Christiane Cardinal, Ph.D.², révèle que les conditions d'application de cet article suscitent partout des préoccupations et des efforts manifestes. Pour soutenir ces initiatives, il s'avère cependant prioritaire de consolider les services de crise et d'assurer une qualité dans la prestation de ces services. L'amélioration des arrimages aux corps de police doit faire l'objet d'une attention particulière.

Les services résidentiels

- a) *Rappel d'éléments du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 20)*

Les services mis en place doivent soutenir les personnes dans leurs capacités à répondre à leurs besoins essentiels, soit se loger, se vêtir, se nourrir. Les personnes ayant des troubles mentaux graves qui choisissent de vivre dans un milieu de vie autonome doivent avoir accès à un soutien individualisé en dehors des structures résidentielles. Comme ce mode de vie ne convient pas à tout le monde, chaque région doit pouvoir compter sur une variété de ressources résidentielles.

- b) *État d'avancement des travaux*

Au Québec, les services résidentiels pour les personnes ayant des troubles mentaux graves sont insuffisants, peu variés et peu adaptés aux nouvelles pratiques en santé mentale. Il s'agit pourtant d'un axe de services déterminant pour transformer avec succès les pratiques actuelles. Dans la foulée du virage dans la communauté et en l'absence de normes balisant le développement d'une variété de ressources résidentielles, les centres hospitaliers ont développé et continuent de développer un nombre important de lieux d'hébergement, ces lieux relevant directement du centre hospitalier ou étant l'objet d'un contrat de services avec un promoteur accrédité. Or, les personnes qui le peuvent aspirent généralement à vivre dans un logement permanent de manière autonome, et non à être hébergées. Le type d'hébergement développé dans le secteur public semble donc ne pas, ou ne plus correspondre aux besoins d'un grand nombre de personnes ayant des troubles mentaux. Quant à

² Mandat octroyé par le Comité de la santé mentale du Québec.

l'hébergement offert par les organismes communautaires, il est limité dans la plupart des régions du Québec.

Compte tenu de l'offre restreinte de logements privés de qualité et à coût abordable, et de l'absence d'un cadre de réglementation des ressources privées, une forte proportion de personnes résident dans des lieux jugés inappropriés (ex. : logement insalubre, loyer prohibitif, lieu non sécuritaire, absence de soutien). Depuis quelques années, des initiatives de logement social avec soutien communautaire ont vu le jour afin de permettre l'accès à un logement convenable. Dans ces projets, la priorité est accordée au soutien à la personne dans son milieu de vie plutôt qu'à la création de lieux résidentiels. À ce jour, le faible niveau de collaboration entre les offices municipaux d'habitation, le Ministère des Affaires municipales, la Société d'habitation du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux, freine le développement régional du logement social avec soutien communautaire, entre autres en raison des contraintes et des limites budgétaires et des politiques et des règlements des organismes concernés qui ne sont pas toujours concordants. Actuellement, dans quelques villes, des unités de logement social sont rendues disponibles par les offices municipaux d'habitation. Toutefois, le soutien communautaire, sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des Services sociaux, n'étant pas assuré, les projets tardent à se réaliser.

Ces constats sont des explications possibles de l'emphase qui est mise actuellement sur les lieux d'hébergement plutôt que sur l'accès à un logement approprié avec un soutien communautaire adapté. Il semble également y avoir nécessité de clarifier les distinctions entre le suivi dans la communauté, le soutien au logement et le suivi assuré par le réseau public auprès des personnes hébergées dans des ressources d'hébergement de type intermédiaire ou familial, pour mieux soutenir le développement de services résidentiels.

Le traitement médical et les ressources médicales

- a) *Rappel d'éléments du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 20-21, 28)*

Le traitement emprunte différentes formes et doit toujours être accessible dans la communauté. Les traitements visent essentiellement le soulagement des souffrances et le recouvrement du plein potentiel des personnes. Le traitement devrait être mieux harmonisé aux autres composantes des services dans la communauté. Aucun type de traitement ne devrait monopoliser l'essentiel des ressources disponibles.

Les services d'hospitalisation sont une composante essentielle du traitement. Toutefois, les hospitalisations encore nécessaires devraient être réservées en priorité aux personnes dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui ou présentant

des problèmes complexes à traiter. Le Québec vise à atteindre une durée moyenne de séjour de vingt jours en soins psychiatriques de courte durée, une norme de 0,25 lit par 1000 personnes pour les soins psychiatriques de courte durée et une norme de 0,15 lit par 1000 personnes pour les soins psychiatriques de longue durée.

Ces orientations de transformation au plan de la pratique médicale requièrent une adaptation des modes de rémunération des omnipraticiens et des psychiatres.

b) État d'avancement des travaux

Le traitement médical

La cible concernant le nombre de lits en psychiatrie est atteinte dans toutes les régions, à l'exception de Montréal et Québec. Pour ces deux régions, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour distinguer correctement les lits disponibles pour les soins psychiatriques de ceux dédiés à l'hébergement et aux soins de longue durée. La cible visant la durée moyenne de séjour en soins psychiatriques de courte durée est, quant à elle, atteinte dans toutes les régions. Ces résultats sont repris plus en détail à la section 2.4 portant sur les indicateurs de suivi de la transformation.

La hiérarchisation des services médicaux, position soutenue par le Collège des médecins du Québec et les fédérations médicales, est peu appliquée dans l'ensemble du Québec. De façon générale, les régions éprouvent des difficultés à soutenir les omnipraticiens déjà impliqués dans le traitement des personnes souffrant de troubles mentaux graves et à les intéresser dans des projets de soins partagés ; les conditions d'exercice actuelles étant selon eux encore peu favorables, notamment sur le plan de la rémunération et de l'accès à l'expertise psychiatrique.

En effet, le soutien à être offert par les psychiatres et les pédopsychiatres aux professionnels médicaux et non médicaux en première ligne, est mal organisé et très peu accessible. De plus, les effectifs médicaux en psychiatrie n'ont pas été formés de manière à ce que leur pratique intègre systématiquement des fonctions de consultation et de liaison, alors que la transformation des services de santé mentale implique d'accentuer celles-ci. Une orientation qui est d'ailleurs conforme à celle préconisée par le Conseil médical du Québec.

De façon plus générale, l'accessibilité aux services de psychiatrie de deuxième ligne pose problème de façon importante dans l'ensemble des régions du Québec. On note dans plusieurs régions, une attente de plusieurs mois pour obtenir un premier rendez-vous en psychiatrie. Ce délai est encore plus important en pédopsychiatrie. Et ces difficultés d'accès ne s'observent pas uniquement dans les régions en manque d'effectifs médicaux.

Pour les personnes qui, en plus d'être aux prises avec un trouble mental, ont d'autres problèmes (ex. : toxicomanie, déficience intellectuelle, problèmes judiciaires), l'accès aux traitements psychiatriques serait particulièrement difficile. De plus, les personnes avec des troubles psychiatriques éprouveraient des difficultés d'accès aux services médicaux pour traiter d'autres types de problèmes, d'ordre physique par exemple.

Il importe de souligner que dans certaines régions, des psychiatres et pédopsychiatres offrent le traitement psychiatrique non seulement en clinique externe mais dans la communauté. Par exemple, certains sont impliqués dans des hôpitaux de jour alors que d'autres interviennent dans des centres de traitement localisés dans la communauté.

Enfin, on observe dans les régions de Montréal et Québec que la pratique en psychiatrie et en pédopsychiatrie tend à se spécialiser de plus en plus. Des psychiatres et des pédopsychiatres délaissent la pratique polyvalente en deuxième ligne pour travailler exclusivement, soit auprès d'une clientèle qui a une pathologie spécifique, soit selon une méthode de traitement en particulier. Des personnes rencontrées dans ces régions, ont souligné que certains de ces nouveaux services spécialisés étaient davantage en appui aux partenaires en première ligne comparativement aux services courants de psychiatrie en deuxième ligne.

Ressources médicales

Au cours de sa tournée du Québec, le Groupe d'appui a été à même de constater des difficultés de recrutement et de rétention des psychiatres et des pédopsychiatres dans plusieurs régions. La modalité « psychiatre itinérant », privilégiée jusqu'à présent pour atténuer ces difficultés, implique une pratique qui ne conviendrait pas aux régions en manque d'effectifs, ni aux personnes utilisatrices de services.

On observe aussi un problème de répartition des effectifs psychiatriques entre les régions et à l'intérieur d'une même région. En fait, la majorité des ressources médicales en psychiatrie et en pédopsychiatrie sont concentrées à Montréal et Québec (voir section 2.4). Cette répartition des effectifs est un des facteurs explicatifs des problèmes d'accès aux services psychiatriques énoncés précédemment.

Sur le plan de la planification et de la gestion des ressources médicales, les orientations privilégiées par les décideurs diffèrent selon qu'on adopte une perspective d'organisation d'ensemble des services médicaux ou une perspective de recherche en collaboration avec le milieu universitaire. L'exercice se complique d'autant plus que peu de nouveaux psychiatres gradueront au cours des prochaines années, particulièrement en pédopsychiatrie. Enfin, les représentants nationaux du

milieu médical estiment que le Québec dispose d'un nombre insuffisant d'effectifs médicaux en psychiatrie.

Enfin, l'adaptation des modes de rémunération des médecins est une mesure du Plan d'action pour soutenir les changements de pratique. Des ajustements ont effectivement été réalisés afin d'offrir divers modes de rémunération, soit à l'acte, soit à forfait, ou encore une combinaison des deux. Toutefois, la pratique en réseau nécessite de poursuivre l'adaptation des modes de rémunération.

Le soutien aux familles et aux proches

a) *Rappel d'éléments du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 22)*

La famille demeure l'un des principaux milieux de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves. Généralement, ce sont les femmes qui jouent le rôle de soignante ou qui apportent le soutien le plus important. De ce fait, elles devraient, tout comme les autres membres des familles jouant ce même rôle, avoir accès à des services de répit et à des groupes d'entraide. De plus, il faut s'assurer que des ressources soient disponibles pour les parents ayant des difficultés en santé mentale, afin qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité.

b) *État d'avancement des travaux*

Pour plusieurs personnes ayant un problème de santé mentale, la famille demeure le principal milieu de vie ou le principal soutien. La Politique en santé mentale mettait en évidence la nécessité d'appuyer les familles, et c'est dans cette foulée que se sont implantés des organismes de soutien aux familles dans toutes les régions du Québec. Le Plan d'action réitère l'importance de soutenir les familles et les proches. De fait, ce soutien correspond à une mesure spécifique du Plan d'action, mais il doit aussi être une préoccupation dans l'ensemble des services de santé mentale.

La tournée du Groupe d'appui a révélé que très souvent, les familles et les proches investissent auprès de la personne à un point tel qu'ils s'essouffent faute de soutien suffisant. De plus, ces familles assument les impacts de la réduction des durées de séjour en centre hospitalier parce que le réseau de services dans la communauté est encore incomplet. Les familles et les proches supportent la période de transition de la transformation et sont bien souvent « l'entité responsable à l'égard de la clientèle ». Cette situation est d'autant plus vraie pour les familles et les proches de personnes nouvellement atteintes, qui n'ont jamais connu l'institutionnalisation et qui n'ont pas encore obtenu les services du réseau de la psychiatrie. Tant que n'a pas été posé un diagnostic précis, il ne se fait guère de véritable intervention auprès

des familles ; les parents demeurent sans information et sans soutien. Trop souvent les familles sont invitées à jouer un rôle inapproprié d'intervenant auprès de leur enfant récalcitrant au traitement. Par ailleurs, elles estiment que leur compréhension de la situation de la personne n'est pas suffisamment reconnue. Les communications avec les équipes traitantes sont très souvent laborieuses. L'argument de la confidentialité est fréquemment invoqué pour ne pas associer au traitement les familles et les proches. L'équilibre entre le respect du droit des personnes à leur vie privée et celui des familles à recevoir des informations pour leur enfant ou leur proche, dont elles sont parfois encore responsables, est difficile à trouver.

De façon générale, les parents se disent satisfaits du soutien qu'ils obtiennent des associations de familles et de proches. En complément, ces associations soulignent un intérêt et des avantages financiers à gérer elles-mêmes les services de soutien, de répit et de dépannage. Il semble que ces services soient mieux adaptés aux besoins des familles et des proches lorsqu'ils sont offerts et gérés par leurs associations.

Outre les parents, les enfants et les conjoints de personnes ayant des troubles mentaux graves peuvent éprouver des difficultés et ils se heurtent la plupart du temps à une absence de soutien. Des initiatives intéressantes ont vu le jour pour ces proches, mais il s'agit de projets isolés.

2.3.4 Réseaux locaux de services

a) *Rappel de l'objectif du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 23-24)*

Compléter la mise en place de réseaux locaux de services, sous la responsabilité d'une entité désignée, s'adressant prioritairement aux personnes ayant des troubles mentaux graves.

L'organisation des services de santé mentale s'inscrit dans les orientations d'ensemble du système de santé qui privilégie l'intégration de services sur une base locale.

La mise en place des réseaux locaux de services implique également une responsabilité à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux graves. Pour ce faire, les régies régionales doivent préciser qui aura, au niveau local :

- *la responsabilité de fournir les services destinés à ces personnes ;*
- *la responsabilité de coordonner les services.*

En ce qui concerne la prestation des services, la responsabilité implique qu'en tout temps, les personnes puissent entrer en contact avec une équipe désignée et reçoivent une réponse rapide et adaptée.

b) État d'avancement des travaux

La réponse aux besoins complexes et variés des personnes aux prises avec des problèmes graves de santé mentale, ces besoins allant du traitement spécialisé aux activités d'intégration à la vie en société, requiert de multiples compétences et expertises faisant appel à plus d'un prestataire. La notion de réseau diversifié et intégré de services constitue l'articulation concrète d'un ensemble de services. Cette notion semble par ailleurs mal comprise par les organisations des réseaux public et communautaire.

De fait, dans l'ensemble des régions du Québec, on observe peu de réseaux intégrés de services sur une base locale, et pire encore, les services offerts ne sont pas nécessairement connus de la population ni même des prestataires du territoire. Les quelques expériences réussies de réseaux intégrés de services s'appuient essentiellement sur des rapports entre individus et un ensemble de modalités de fonctionnement plus ou moins structurées : une bonne connaissance et une acceptation des mandats et des rôles de chacun, un projet conjoint, des ententes claires, des mécanismes d'arbitrage des litiges, parfois une mise en commun du financement et des modalités de concertation. De manière générale, les régions rurales et celles n'ayant que peu, ou pas d'histoire asilaire, démontrent une longueur d'avance sur les autres régions pour la mise en réseau des services sur une base locale.

La notion de mise en réseau sur une base locale étant peu appliquée, les développements récents et les transformations de services n'ont pas été planifiés obligatoirement dans une perspective de mise en réseau. Par exemple, des services régionaux se développent sans s'assurer d'un arrimage formel aux services locaux. De plus, le nombre de territoires à couvrir varie passablement d'un service à l'autre (ex. : service local de soutien au logement et service régional de traitement médical spécialisé), et même d'un prestataire à l'autre (ex. : un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et un organisme communautaire local). Cette variabilité complique l'exercice de la mise en réseau sur une base locale.

Pour s'assurer de l'imputabilité des réseaux intégrés de services, le Plan d'action prévoyait la désignation d'une entité responsable. Cette responsabilité implique une coordination des services sur une base locale et l'assurance d'une réponse en tout temps aux besoins des personnes. Les partenaires, et au premier chef les personnes utilisatrices de services, manifestent des craintes quant à cette mesure d'entité désignée. La responsabilité de fournir les services ne devrait pas se traduire par la désignation d'un seul prestataire sur une base locale. Quant à la responsabilité de coordination locale, cette modalité risquerait de brimer le libre

choix, de renforcer la prise en charge et ainsi de limiter l'appropriation du pouvoir, estiment les personnes utilisatrices. Les organisations craignent pour leur part que ce type de coordination menace leur autonomie de gestion.

Cependant, tous s'accordent sur la nécessité d'un mécanisme de concertation local, impliquant la participation des personnes utilisatrices de services et des familles, et sur l'obligation d'une responsabilité à l'égard de la clientèle en tout temps. Dans bon nombre des régions visitées, de tels mécanismes étaient absents, non fonctionnels ou en révision. La concertation entre les différents partenaires interpellés par la mise en réseau constituerait une première étape essentielle avant de préciser les modalités d'organisation du travail et d'attribuer les responsabilités qui en découlent.

2.3.5 Conditions de succès de la transformation

La formation des ressources humaines

a) *Rappel de l'objectif du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 27)*

Garantir la formation des ressources humaines travaillant dans les services de santé mentale et, en priorité, celles dont le rôle et la tâche seront modifiés de façon importante par la transformation.

Étant donné les changements désirés dans la façon d'organiser, de gérer et d'offrir des services de santé mentale, les programmes de formation continue devraient viser en priorité l'acquisition des aptitudes et des connaissances nécessaires :

- *pour fournir des services susceptibles de faciliter l'intégration sociale et d'améliorer la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves et de leur entourage ;*
- *pour intervenir auprès des personnes ayant des problèmes multiples, particulièrement celles qui présentent à la fois un problème de toxicomanie et de santé mentale ;*
- *pour donner une réponse adaptée aux besoins particuliers des femmes et des hommes.*

Ces programmes devraient avoir comme perspectives l'appropriation du pouvoir sur leur vie par les personnes utilisatrices de services ainsi que la consolidation du partenariat nécessaire à la redéfinition des rôles dans le système en santé mentale.

b) *État d'avancement des travaux*

Tous les groupes rencontrés reconnaissent l'importance stratégique de former les personnes touchées par une transformation d'aussi grande envergure que celle entreprise en santé mentale. La tournée du Groupe d'appui a permis de constater

que la formation est prise en compte par les régions, à titre de condition nécessaire au changement des pratiques. Par contre, seulement quelques-unes ont un plan régional de formation visant différents volets reliés à la transformation des services. Pour les autres régions, les activités de formation semblent davantage suivre une planification « à la pièce » ou être offertes en fonction des opportunités qui se présentent.

Sur le plan provincial, le Ministère, en collaboration avec les partenaires, a établi à titre d'activités prioritaires de formation le suivi dans la communauté, l'intervention en situation de crise et l'intervention auprès des enfants et des jeunes ayant des troubles mentaux.

De façon générale, les parents et les personnes utilisatrices de services disent ne pas être suffisamment consultés lorsqu'il s'agit d'établir des priorités de formation, tant au niveau régional que provincial. Conformément au principe d'appropriation du pouvoir, ils souhaitent être associés à la préparation et à la prestation des formations. Les ressources humaines des réseaux public et communautaire font une demande semblable. Elles souhaitent que l'on reconnaisse leur expertise et veulent participer à l'organisation des formations qui seront données au personnel touché par les changements de pratique en santé mentale.

Financement de la transformation

- a) *Rappel des objectifs du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (p. 29-30)*
1. *S'assurer du financement de la transition des services actuels vers des services dans la communauté de façon à garantir le succès de la transformation des services de santé mentale.*

Trois sources de financement existent pour assurer la transition. Ce sont :

- *les budgets de développement octroyés par le Ministère ;*
- *les sommes dégagées par les régies régionales qui réorientent leurs investissements d'un type de service vers un autre ;*
- *les sommes provenant de la redistribution de « l'enveloppe asilaire » qui est constituée des ressources utilisées par l'ensemble des personnes qui résident de façon ininterrompue depuis le 1^{er} avril 1985 dans les institutions psychiatriques.*

L'accès à ces sources et leur utilisation varient toutefois selon les régions.

2. *Affecter au terme du présent exercice de consolidation, 60 % des dépenses publiques (excluant celles de la RAMQ) du secteur de la santé mentale à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation.*

Cet objectif implique de transférer certaines ressources vers la communauté, de manière à consacrer 40 % du financement en santé mentale aux services d'hospitalisation et 60 % à l'ensemble des autres services, soit les services externes des centres hospitaliers ainsi que les services des centres locaux de services communautaires et des organismes communautaires.

b) *État d'avancement des travaux*

Financement de la transition

Au cours de la consultation ayant précédé le lancement du Plan d'action, tous les groupes rencontrés ont souligné l'importance de protéger les budgets en santé mentale et de prévoir un financement transitoire pour assurer les services habituels pendant que les nouveaux services se mettent en place. Pour l'heure, le rythme de financement, le budget accordé jusqu'à présent par le Ministère pour supporter la transformation, les contraintes et les mécanismes de réaffectation des sommes actuellement investies dans le réseau public, ainsi que les capacités du Ministère et des régies régionales de dégager des budgets transitoires, constituent des freins importants à la transformation des services.

Dans les faits, le Ministère a injecté cinq millions de dollars en juin 1998 pour le développement des services dans l'ensemble des régions du Québec. Cette somme s'est cependant avérée insuffisante, surtout dans les régions moins nanties, pour à la fois assurer la transition des services et compenser les pertes consécutives aux compressions budgétaires imposées entre 1996 et 1998. Ce sont les services de suivi dans la communauté et les services résidentiels (logement et hébergement) qui ont reçu la plus grande part de ce budget de développement.

Concernant la réaffectation, c'est-à-dire la réorientation d'un investissement d'un type de service vers un autre, très peu de régies régionales ont dégagé, à partir des budgets actuellement octroyés aux hôpitaux, des sommes permettant des investissements, transitoires ou récurrents, dans des services ne relevant pas, ou plus, de leurs responsabilités. Les compressions budgétaires imposées dans le réseau de la santé et des services sociaux, les déficits budgétaires récurrents des établissements hospitaliers ainsi que l'accroissement des demandes de services psychiatriques sont présentés comme des contraintes limitant significativement la réalisation de ce type de réaffectation.

Cependant, lorsqu'il y a eu réaffectation, elle s'est traduite, surtout pour des raisons syndicales, plus souvent par des transferts de ressources humaines à l'emploi du réseau public plutôt que par un transfert d'argent, ce qui constitue un élément particulièrement contraignant pour le développement des services offerts par le réseau communautaire. En fait, les réaffectations ont surtout consisté, jusqu'à présent, en des transferts de personnel des services intrahospitaliers en psychiatrie aux services de psychiatrie des hôpitaux en externe ou dans la communauté, et

dans une moindre mesure vers les autres établissements du réseau public. Dans tout autre contexte, la réaffectation demeure un défi de taille pour les régies régionales comme pour les établissements hospitaliers qui doivent se départir de sommes investies dans des services à la clientèle. Par conséquent, l'absence d'un financement transitoire, qui serait nécessaire à l'exercice de la réaffectation des ressources, est déplorée fortement par tous les partenaires.

Par ailleurs, on observe que bon nombre de centres hospitaliers ont dégagé, par la réduction de lits, des sommes qu'ils ont, pour certains, ensuite réinvesties eux-mêmes, majoritairement dans la communauté, pour des services généralement fournis et gérés par eux. Les CLSC et les organismes communautaires ne disposant pas des mêmes moyens financiers, sont en attente de financement pour être en mesure de s'impliquer significativement et davantage dans les services de santé mentale, et ce, conformément aux orientations de la transformation.

Enfin, l'enveloppe budgétaire dite asilaire constitue une source de financement pour les régions ayant des institutions psychiatriques et certains de ces établissements l'ont utilisé pour transformer leurs services. Une meilleure connaissance aux plans régional et provincial de ce budget, et plus largement encore de celui octroyé pour la mission de centres d'hébergement et de soins longue durée psychiatrique, est nécessaire pour assurer un suivi adéquat des capacités réelles de réaffectation des institutions psychiatriques.

Transfert vers la communauté

La répartition des dépenses publiques en santé mentale se rapproche de la cible visée dans le Plan d'action. En 1998-1999, 49,5 % des dépenses étaient consacrées aux hospitalisations et 50,5 % aux autres services du secteur de la santé mentale (voir section 2.4).

Les efforts déployés par certains centres hospitaliers pour, d'une part, transférer des services vers les CLSC et les organismes communautaires, incluant les ressources et, d'autre part, transformer des services offerts à l'intérieur de l'hôpital en services dans la communauté ont contribué à l'accroissement des dépenses dans des services autres que l'hospitalisation.

Bien qu'on observe un transfert de ressources vers la communauté, une portion significative des ressources actuellement disponibles en santé mentale, soit 77 %, demeurent investies dans des services offerts et gérés par les établissements hospitaliers. Selon les orientations de la transformation, certains de ces services offerts dans la communauté devraient relever dorénavant soit des CLSC, soit des organismes communautaires.

Très peu d'investissements ont été faits dans les services publics de première ligne et dans les services offerts par le réseau communautaire, alors que tous les partenaires reconnaissent que le développement et la consolidation de ces services constituent des conditions impératives à la réussite de l'importante transformation en cours.

Partenariat

- a) *Aucun objectif spécifique dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*

La transformation des services met à contribution un ensemble d'acteurs aux compétences et expertises variées. Pour atteindre les résultats escomptés, ces acteurs doivent travailler en synergie, échanger, faire en sorte que le tout soit meilleur que l'addition des contributions de chacun. Ce partenariat est nécessaire à tous les niveaux. Toutefois, pour le moment, il existe encore très peu.

Au cours de sa tournée des régions, le Groupe d'appui a constaté que la présence de mécanismes de concertation constitue un élément clé pour mobiliser les partenaires d'une région dans la gestion et la réalisation de la transformation. Dans les régions où aucun lieu de partage existait, la méfiance entre les acteurs semblait plus grande et le degré d'insatisfaction à l'endroit des instances décisionnelles beaucoup plus important. Pour les partenaires de ces régions, la visite du Groupe d'appui a été une occasion de se rencontrer et d'échanger.

Les manières de procéder pour les décisions de réaffectation de ressources dans la communauté et d'allocations de nouveaux argents sont particulièrement décriées et plus encore lorsque les décisions de réaffectation sont prises par les centres hospitaliers. On note que dans certaines régions, des établissements avec des capacités de réaffectation ont procédé eux-mêmes à des transferts dans la communauté, et ce, sans que ces mouvements soient nécessairement planifiés de manière concertée au niveau régional.

Pour continuer la transformation amorcée, il s'avère primordial de prévoir à tous les niveaux des lieux et des moments pour permettre aux partenaires et aux personnes utilisatrices de services de s'impliquer activement et ainsi créer de réels partenariats. Le leadership régional a été mentionné comme étant une condition de succès à cet égard et les partenaires rencontrés ont demandé que les régies régionales, et non des organisations spécifiques des réseaux public ou communautaire, assument ce leadership.

2.4 INDICATEURS DE SUIVI DE LA TRANSFORMATION

Le suivi au moyen d'indicateurs permet un regard sur des dimensions jugées importantes d'un système. Un tel suivi était prévu dans le Plan d'action et dans le cadre des ententes de gestion conclues entre les régions régionales et le Ministère. Pour les besoins de ce bilan, cinq indicateurs ont fait l'objet d'analyses par le Ministère et trois d'entre eux ont été intégrés aux ententes de gestion. Des choix d'algorithmes de calcul ont également été faits.

Les indicateurs retenus ne couvrent pas toutes les dimensions du Plan d'action, mais ils illustrent l'évolution de certaines ressources au cours des dernières années. Ces indicateurs, ainsi que d'autres qui doivent être développés, feront l'objet de travaux avec les partenaires concernés. Dans les années à venir, le réseau de la santé et des services sociaux disposera également d'indicateurs de qualité pour les services dans la communauté.

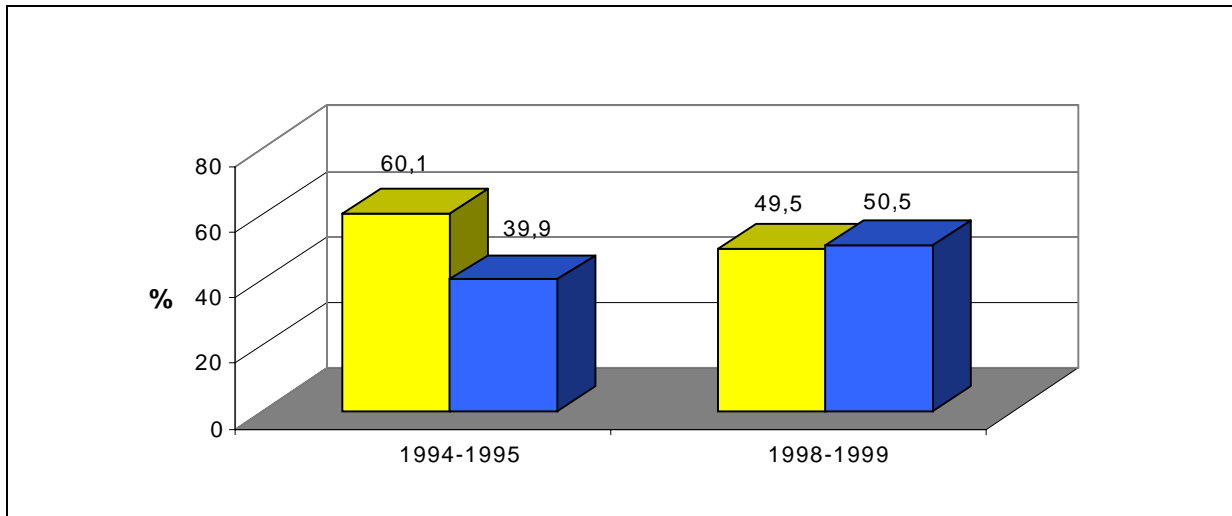
Les résultats observés sont présentés pour la période s'échelonnant de 1994-1995 à 1998-1999. Comme dans les ententes de gestion, l'observation porte sur des années pour lesquelles les données existent, et qui sont antérieures à la parution du Plan d'action. Une observation portant sur une période quinquennale assure une fiabilité beaucoup plus grande des données et est nécessaire, car il est impossible d'isoler l'effet du Plan d'action parmi l'ensemble des phénomènes survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. De fait, si des changements en santé mentale étaient observés depuis la fin de 1998, ceux-ci ne pourraient être attribués uniquement à la mise en œuvre du Plan d'action.

Répartition des dépenses effectuées pour hospitaliser des personnes et pour tous les autres services entre 1994-1995 et 1998-1999

Description et méthodologie

L'indicateur 60 %/40 % réfère à la répartition des coûts directs nets du programme santé mentale, selon qu'ils ont été utilisés pour hospitaliser des individus ou pour toutes autres formes d'activités.

Cet indicateur a pour but de suivre l'évolution annuelle de la réduction du recours à l'hospitalisation et du développement d'autres types d'interventions pour y suppléer. Afin de circonscrire l'observation à ce mouvement financier, les dimensions générales de l'enveloppe santé mentale, tels la prévention et les services psychosociaux ont été retirés du calcul.



M. Breton, MSSS, septembre 2000

Source : *Le contour financier du programme clientèle santé mentale, réalisé à partir des rapports financiers des établissements.*³

Éléments d'analyse

Parmi les dépenses en santé mentale (excluant les médicaments et la rémunération des médecins), au cours de 1994-1995, 60,1 % ont servi à des hospitalisations et 39,9 % à l'ensemble des autres services, tels que les cliniques externes des centres hospitaliers, les ressources d'hébergement de type familial et intermédiaire, les services en CLSC et les services fournis par les organismes communautaires. Les dépenses engagées dans les centres d'hébergement et de soins longue durée psychiatrique sont par ailleurs exclues.

En 1998-1999, la proportion des dépenses pour des hospitalisations est de 49,5 % et celle pour les autres services, de 50,5 %. Il s'agit d'une évolution importante, qui va dans le sens de l'objectif du Plan d'action puisque celui-ci vise une proportion de 40 % des dépenses pour des hospitalisations et de 60 % pour les autres services. Cet indicateur reflète une disponibilité de ressources donnant accès à des services autres que l'hospitalisation. Ces résultats auront à être associés à des définitions mieux balisées des services à offrir afin de s'assurer que le mouvement observé concourt aux objectifs visés par la transformation des services de santé mentale.

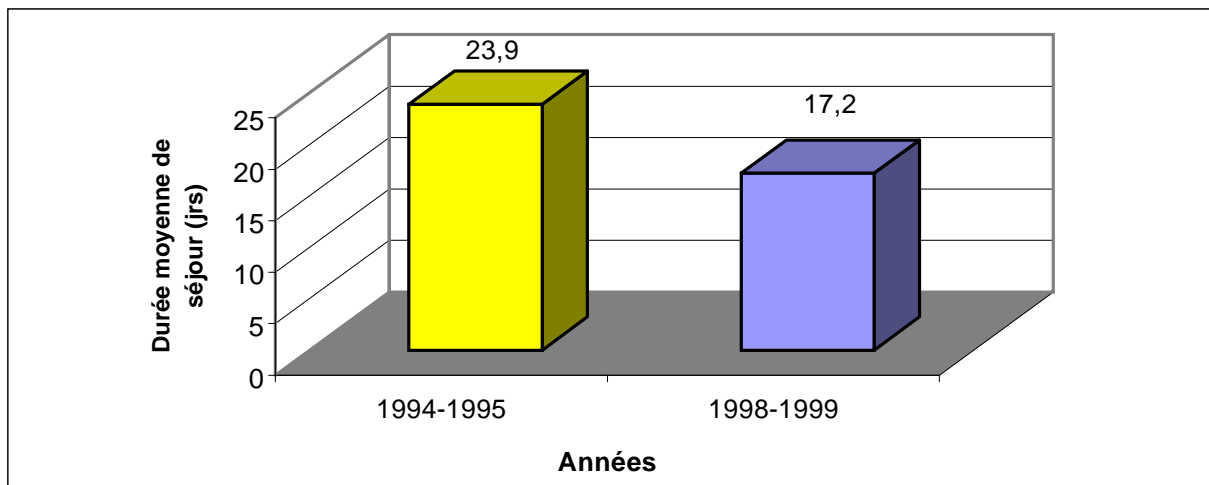
Évolution des durées moyennes de séjour pour des diagnostics psychiatriques entre 1994-1995 et 1998-1999

³ Un précédent rapport présentait des proportions de 64 % et 36 % pour le même indicateur au cours de l'année 1994-1995. Une amélioration de la méthodologie de répartition des dépenses de soutien, élaborée au cours des dernières années, a été appliquée à l'année 1994-1995 afin de permettre la comparaison avec l'année 1998-1999.

Description et méthodologie

La durée moyenne de séjour a été établie en relevant la totalité des jours de présence des personnes hospitalisées en fonction d'un diagnostic psychiatrique (codes 295-314) et en le rapportant au nombre d'épisodes d'hospitalisation. L'ensemble des établissements hospitaliers sont inclus dans le calcul. Les résultats pour les hôpitaux ne participant pas au système Med-Écho sont obtenus par la banque de données Hygiène mentale.

Les épisodes hospitaliers de plus de 180 jours ont été retirés, afin de concentrer l'observation sur le traitement des personnes en soins actifs de courte durée et de la rapporter à la norme prévue de 20 jours. Il n'existe aucune balise de soins de courte durée en psychiatrie, la limite aurait pu être placée à 45 jours, mais cela n'aurait pas changé les résultats de façon significative, puisque les séjours observés sont en général de moins de 20 jours.



M. Breton, MSSS, septembre 2000

Sources : Systèmes d'information Med-Écho et Hygiène mentale, (codes 295 à 314).

Éléments d'analyse

Entre 1994-1995 et 1998-1999, la durée moyenne de séjour des personnes hospitalisées en fonction d'un diagnostic psychiatrique est passée de 23,9 jours à 17,2 jours. Les séjours de 180 jours et plus ont été exclus parce que, tout en étant très rares, ils modifient considérablement la moyenne.

La durée moyenne de séjour de 20 jours en soins psychiatriques de courte durée, visée dans le Plan d'action, est donc atteinte. Cette réduction de la durée de séjour s'avère toutefois préoccupante compte tenu que l'offre actuelle de services dans la communauté est jugée par tous les partenaires insuffisante pour répondre adéquatement aux besoins des personnes et de leur entourage

Évolution du nombre de lits de soins psychiatriques entre 1994-1995 et 1998-1999

Description et méthodologie

Le mouvement des lits est sans doute le plus difficile à observer. D'une part, les fermetures et ouvertures de lits surviennent à tout moment dans l'année, alors que la donnée de référence est produite une fois dans un rapport annuel. D'autre part, la vocation de plusieurs lits de soins psychiatriques demeure à être précisée. Les résultats présentés ici sont tirés des rapports annuels des établissements et portent sur les lits dressés.

Années	Nombre de lits	Ratio par 1000 personnes.
1994-1995	6 134	0,86 lit/1000
1998-1999	4 520	0,59 lit/1000

M. Breton, MSSS, septembre 2000

Source : *Lits dressés de soins psychiatriques, rapport statistique annuel des établissements.*

Éléments d'analyse

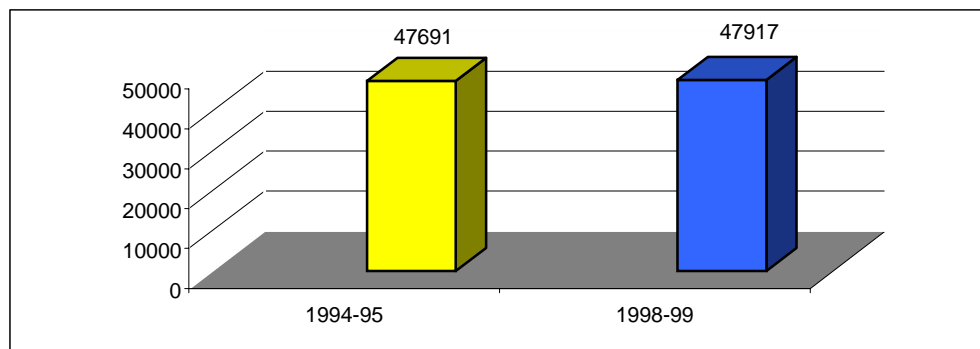
Le nombre total de lits de soins psychiatriques est passé de 6 134 en 1994-1995 à 4 520 en 1998-1999. Ce résultat inclut les lits pour offrir des soins actifs de courte durée, des soins de longue durée et les services de CHSLD en milieu psychiatrique.

Le réseau a donc procédé à la fermeture de plus de 1 500 lits au cours de ces quatre années. En excluant du calcul les lits de CHSLD psychiatriques, le nombre de lits disponibles est d'environ 2 900. La norme de 0,4/1 000 pour les soins actifs de courte et de longue durée est globalement atteinte au Québec, bien que des ajustements soient encore nécessaires dans les régions de Québec et de Montréal, de même qu'une consolidation rapide de l'organisation des services dans la communauté.

Nombre de visites sur des civières dans les salles d'urgence en raison d'un problème en santé mentale entre 1994-1995 et 1998-1999

Description et méthodologie

Il s'agit de l'évolution du nombre de personnes qui se sont présentées ou ont été amenées dans les salles d'urgence des hôpitaux en raison d'un trouble mental et dont l'état était suffisamment grave pour qu'elles soient alitées.



M. Breton, MSSS, septembre 2000

Source : Registre des patients reçus sur des civières dans les salles d'urgence.

Éléments d'analyse

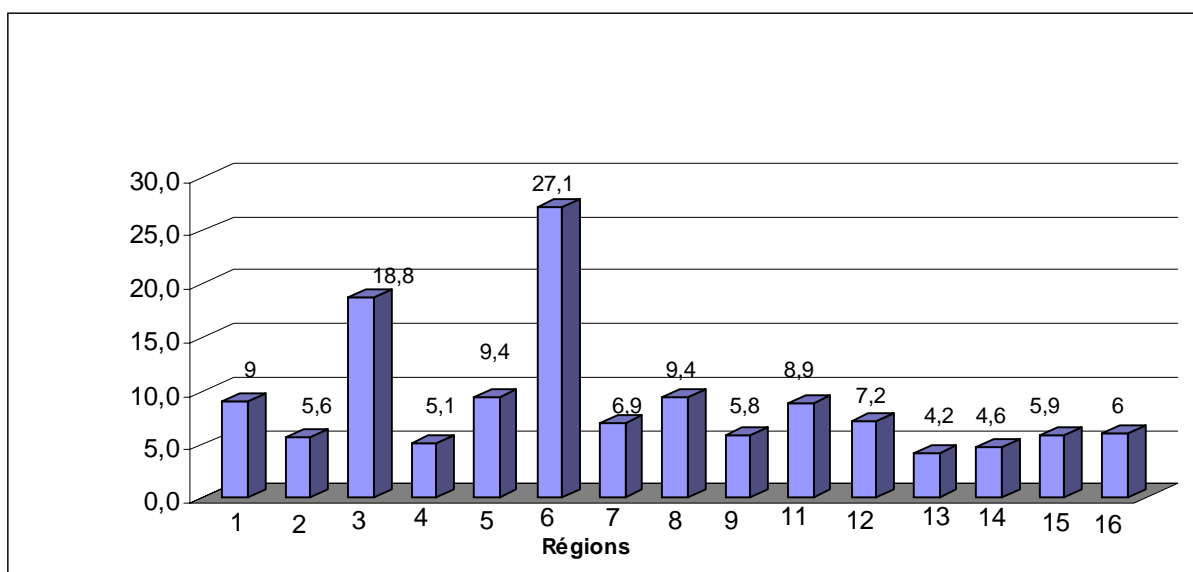
Entre 1994-1995 et 1998-1999, le nombre de visites sur des civières dans les salles d'urgence du Québec pour un problème de santé mentale est demeuré à peu près inchangé. Ce résultat contraste avec l'évolution globale des visites dans les urgences et est probablement attribuable à une augmentation d'autres ressources pour les personnes en situation de crise psychiatrique. Ces ressources doivent encore être développées dans la majorité des régions du Québec, mais là où elles existent, il semble que leur présence influence la fréquentation des salles d'urgence.

Nombre de psychiatres par 100 000 personnes dans la population pour chacune des régions du Québec

Description et méthodologie

La répartition des psychiatres par 100 000 personnes est utilisée pour illustrer les variations entre les régions au Québec. Les données de rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour le premier trimestre de l'an 2000 sont utilisées. Les résultats présentés révèlent le nombre de psychiatres ayant gagné

plus de 5 500 \$ au cours de ce trimestre et la région où ils ont principalement réalisé ce revenu.



M. Breton, MSSS, septembre 2000

Sources : Fichier rémunération RAMQ, année en cours et données ajustées de la population québécoise.

Éléments d'analyse

Le nombre de psychiatres par 100 000 personnes dans la population varie de 4,2 à Laval à 27,1 dans Montréal-Centre. Généralement, les psychiatres d'une région reçoivent la population résidant dans cette région. Les psychiatres des régions urbaines traitent aussi des personnes en provenance d'autres régions, entre autres en raison de mandats suprarégionaux. Les données d'hospitalisation sont utilisées ici pour baliser ce phénomène.

Par exemple, dans Montréal-Centre, environ 40 % des jours d'hospitalisation effectués en pédopsychiatrie sont consacrés à des enfants et des jeunes qui viennent de l'extérieur de la région. En ce qui concerne la population adulte, qui consomme la plus grande part des ressources, les jours d'hospitalisation pour des personnes venant de l'extérieur de Montréal-Centre représentent moins de 10 % de l'ensemble des jours d'hospitalisation dans cette région.

La concentration des psychiatres dans les régions de Montréal-Centre et de Québec entraîne d'importantes difficultés d'accès aux services psychiatriques pour les populations des autres régions du Québec. Ces difficultés d'accès s'expliquent aussi par le fait que les effectifs médicaux dans ces régions sont impliqués, non

seulement dans des fonctions cliniques, mais également dans des responsabilités d'enseignement universitaire et de recherche.

2.5 PLAN DE TRAVAIL PROPOSÉ POUR LES MESURES PRIORITAIRES

À la lumière du bilan dressé par le Groupe d'appui sur l'état d'avancement du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, les membres ont élaboré un plan de travail où sont précisés, pour chacune des mesures proposées comme étant prioritaires, des cibles à atteindre et des actions à entreprendre à court terme pour y arriver.

L'ensemble de ces propositions ont été déposées au Forum sur la santé mentale, qui a eu lieu en septembre 2000, et discutées avec les personnes participantes. Ces discussions ont entraîné de légères modifications aux mesures prioritaires proposées par le Groupe d'appui et le plan de travail conséquent. Pour éviter une redondance, les engagements pris par les partenaires et le Ministère au moment du Forum, sur la base des propositions du Groupe d'appui, sont présentés intégralement dans le document « *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* ».

CONCLUSION

La démarche entreprise par le Groupe d'appui il y a plus d'un an a permis de rencontrer au delà de 1 500 personnes dans 15 régions du Québec et de s'entretenir avec des représentants de 26 organismes nationaux pour faire le point sur l'état d'avancement du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale. Le bilan préparé par le Groupe d'appui et présenté dans les pages précédentes, a été partagé, dans ses grandes lignes, avec l'ensemble des partenaires impliqués en santé mentale, lors du Forum en septembre 2000, et a suscité leur adhésion.

Ce bilan constitue donc un point d'ancrage dans le temps. Loin de clore le travail amorcé, cet état de la situation sert d'assise au plan de travail proposé par le Ministère pour accentuer la transformation des services de santé mentale. Il est présenté dans le document intitulé « *Accentuer la transformation des services de santé mentale : Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1997

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996, tome II*, Québec, 1996

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, mars 2001

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, *Stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes : Agissons en complices*, Québec, 1998

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Bilan d'implantation de la Politique de santé mentale*, Québec, février 1997, 159 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, Québec, 1989

ANNEXE

ORGANISMES NATIONAUX CONSULTÉS

Groupe d'experts désignation d'Institut universitaire

Collège des médecins

L'R des Centres de femmes du Québec

Fédération de la santé et des services sociaux

Office des personnes handicapées du Québec

Association des groupes d'intervention en défense de droits

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Ordre des psychologues du Québec

Association canadienne pour la santé mentale division du Québec

Fédération des médecins omnipraticiens en psychiatrie du Québec

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

Le curateur public du Québec

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec

Groupe d'experts désignation d'Institut universitaire

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

Comité de la santé mentale du Québec

Conseil médical du Québec

Ordre des ergothérapeutes du Québec

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Conseil de la santé et du bien-être

Association des CLSC-CHSLD du Québec

Syndicat canadien de la Fonction publique (FTQ)

