

PLAN D'ACTION POUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE

SANTÉ
mentale

PLAN D'ACTION POUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE

SANTÉ
mentale



Édition produite par

le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**

1 800 707-3380 (sans frais)

Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le présent document est disponible sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 1998

Bibliothèque nationale du Canada, 1998

ISBN : 2-550-33821-9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

COMITÉ DE PILOTAGE DU PLAN D'ACTION SUR LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Composition

Responsables :

Sylvie Dillard

Décembre 1997-Avril 1998

Mireille Fillion

Mai 1998

Membres :

Jeannine Auger

Direction de la planification

Luc Blanchet

Comité de la santé mentale du Québec

Madeleine Breton

Direction de la recherche et de l'évaluation

Anne Gauthier

Direction de la recherche et de l'évaluation

Pierre Joubert

Direction de la recherche et de l'évaluation

Roger Paquet

Secrétariat au suivi et au soutien du réseau

Rachel Ruest

Direction de la planification

Rédaction

Anne Gauthier

Madeleine Breton

Personnes ayant collaboré à la recherche et à la rédaction

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Bélanger

Brigitte Bernard

Marie Leclerc

Nelson Potvin

Robert Tremblay

Régie régionale de Chaudière-Appalaches

Lyne Jobin

Jean-Luc Parenteau

Conseil d'évaluation des technologies de la santé

Éric Latimer

Centre de recherche de l'hôpital Douglas

Céline Mercier

Centre hospitalier Pierre-Janet

Catherine Vallée

Travaux de secrétariat

Diane Parent-Beaulé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
 PARTIE 1	
Le contexte de l'élaboration du plan d'action	9
POURQUOI LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ?	11
LA CONSULTATION MENÉE EN 1997	12
1. Un consensus pour des services dans la communauté	12
2. Les personnes atteintes de troubles graves et persistants : une priorité généralement bien accueillie	12
3. La nécessité d'un leadership national	12
4. Des demandes de précisions et d'ajouts	12
 PARTIE 2	
Un plan d'action qui met à profit les résultats de la consultation	15
UN PRINCIPE GÉNÉRAL : L'APPROPRIATION DU POUVOIR	17
LES CLIENTÈLES PRIORITAIRES	17
1. Les adultes souffrant de troubles mentaux graves	17
2. Les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux	17
OBJECTIFS ET MESURES	18
1. Mettre en place les services requis	19
Le suivi dans la communauté	19
L'intervention en situation de crise disponible en tout temps	20
Le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance	20
Le traitement dans la communauté	20
L'hospitalisation	21
L'entraide	21
Le soutien aux familles et aux proches	22
Les loisirs, l'éducation, le développement des habiletés personnelles, l'intégration à l'emploi	22
Mesure	22
2. Organiser des réseaux locaux de services	23
Des réseaux locaux de services	23
La responsabilité à l'égard de la clientèle	23
Mesure	24
3. Améliorer les services aux enfants et aux jeunes qui présentent des troubles mentaux	25
Mesure	26

4. Assurer la formation des ressources humaines.....	27
Mesures	27
5. Adapter les modes de rémunération des médecins.....	28
Mesure	28
6. Transférer certaines ressources vers la communauté.....	29
Mesure	29
7. Garantir le financement de la transition	30
Mesure	30
8. Mettre au point des actions intersectorielles	31
Favoriser l'accès au logement	31
Mesure	31
Favoriser l'accès au travail.....	32
Mesure	32
9. S'appuyer sur la recherche et l'évaluation	33
Mesures	34
10. Désignation au titre d'institut universitaire.....	35
Mesure	35
11. Suivre et soutenir la transformation	36
Un leadership clair.....	36
Une obligation de parvenir à des résultats	36
Mesures	36
CONCLUSION	37
EN RÉSUMÉ.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	43
Liste des individus, groupes et organismes ayant fait part de leurs commentaires sur les orientations relatives à la transformation des services de santé mentale	45

INTRODUCTION

En 1989, la Politique de santé mentale du gouvernement du Québec soulignait déjà la nécessité d'ajuster les services de façon à soutenir mieux les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans leur milieu de vie. La majorité de ces personnes vivent maintenant dans la communauté et désirent y demeurer. Au printemps de 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux a rendu public un document de consultation qui répond à cette nécessité.

Les orientations pour la transformation des services de santé mentale mettaient clairement en avant la volonté de rapprocher l'intervention du milieu de vie, de diversifier les services et de répartir les ressources en fonction de ces choix. Selon ces orientations, les services offerts devraient faciliter l'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants et améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs proches.

Ce document inscrit cette démarche dans un plan d'action ministériel qui confirme des objectifs du document de consultation et précise des mesures pour les atteindre, tout en répondant à certaines préoccupations des différents organismes qui ont été consultés. Les régions régionales sont particulièrement interpellées pour intégrer dans leurs plans de consolidation des trois prochaines années les éléments de planification nécessaires à la transformation des services de santé mentale.

PARTIE 1

LE CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION



POURQUOI LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ?

Au Québec depuis la publication de la Politique de santé mentale, en 1989, l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux et l'accès à des services dans leur milieu de vie sont les avenues privilégiées pour le développement des services de santé mentale. Même si le Québec partage cette orientation avec la plupart des pays développés, la mise en place d'un système de services de santé mentale dans la communauté ne s'est pas encore véritablement concrétisée.

Ainsi, les données colligées au ministère de la Santé et des Services sociaux mettent en évidence la concentration des ressources publiques dans les services d'hospitalisation, contrairement à ce qui se fait dans d'autres provinces. Le bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale soulève de la même manière l'absence de diversification des ressources actuelles et leur concentration en milieu hospitalier. Ce bilan présente les points de vue des différents groupes travaillant en santé mentale, qu'il s'agisse de gestionnaires, d'intervenants et d'intervenantes ou d'usagers et d'usagères.

Par ailleurs, le vérificateur général du Québec a affirmé, en décembre 1996, que « le Québec est aux prises avec un important surplus de lits en psychiatrie. Parallèlement, on trouve encore peu de services dans la communauté pour les personnes qui en ont besoin¹ ». Il recommandait au Ministère et aux régies régionales « d'assurer la transformation de l'organisation des services préconisée par la Politique de santé mentale ».

Le document sur les orientations pour la transformation visait la mise en place de nouveaux services adaptés aux principaux usagers et usagères des services actuels, soit les personnes ayant des troubles mentaux graves et persistants. Ces personnes, ainsi que leurs proches, sont celles qui sont le plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale.

Une consultation des études évaluatives sur le sujet révèle que les personnes ayant des incapacités importantes ou ayant séjourné de nombreuses années dans des hôpitaux psychiatriques se montrent plus satisfaites de leur vie dans la communauté lorsque les services répondent à leurs besoins. Quelques programmes ont démontré leur efficacité à cet égard, en particulier le suivi intensif dans la communauté, qui a été étudié à maintes reprises, dans de nombreux contextes et auprès de plusieurs clientèles. Ces programmes existent au Québec, mais le défi est d'en généraliser l'accès dans toutes les régions.

1. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996, tome II*, Québec, 1996, p. 63.

LA CONSULTATION MENÉE EN 1997

En avril 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux invitait les principaux organismes et groupes nationaux intéressés à donner leur avis sur les orientations contenues dans le document de consultation. En mai et juin, des rencontres de consultation se sont donc tenues et ont impliqué une quarantaine d'organisations différentes; une quinzaine de groupes et quelques individus ont aussi fait parvenir d'eux-mêmes leurs commentaires². Enfin, des rencontres de travail dans toutes les régions ont permis de discuter de la concrétisation de ces orientations avec les représentants et représentantes désignés par chaque région. Quatre préoccupations importantes sont ressorties de cette consultation.

1. Un consensus pour des services dans la communauté

La nécessité d'offrir des services de santé mentale dans le milieu de vie des personnes et d'y investir la majorité des ressources publiques peut être considérée comme un principe acquis dans la société québécoise. Pour la plupart des organismes rencontrés, ainsi que pour les régions régionales, la démonstration de l'utilité d'une réorganisation des services de santé mentale n'est plus à faire et le temps est venu de passer à l'action.

2. Les personnes atteintes de troubles graves et persistants : une priorité généralement bien accueillie

La priorité accordée aux personnes ayant des troubles graves et persistants a généralement reçu un accueil favorable; cette priorité était même attendue. Toutefois, des associations et des organismes ont tenu à rappeler que l'on ne doit pas exclure les autres groupes d'usagers et d'utilisateurs.

3. La nécessité d'un leadership national

Plusieurs ont exprimé le souhait d'un leadership clair de cette importante réforme qui dépasse largement une simple réorganisation des services. La mise en place d'un comité de suivi national est recommandée par tous les groupes rencontrés. Les organisations régionales et locales souhaitent aussi la mise au point de mécanismes de gestion et de suivi de cette réforme qui impliqueraient leur participation.

Selon l'expérience acquise dans plusieurs régions, la transformation des services de santé mentale prend la forme d'un processus de changements en cascade. Ce processus a des répercussions sur nombre d'individus et d'organisations du milieu de la santé et des services sociaux, mais aussi sur d'autres organisations comme les services policiers, les commissions scolaires, les offices d'habitation, etc.

4. Des demandes de précisions et d'ajouts

D'une part, plusieurs organisations demandent qu'on précise certaines orientations, qu'on y apporte des améliorations ou encore expriment des doutes et des craintes. Ainsi, l'importance d'un financement stable des services de santé mentale, l'autonomie

2. La liste des groupes et organismes consultés figure à la fin du document.

des usagers et des usagères, l'utilité d'un soutien pour les proches, le rôle novateur des organismes communautaires, la nécessité d'adapter les services aux réalités vécues par les femmes, tous ces aspects ont été soulignés comme devant apparaître plus clairement dans un plan d'action.

D'autre part, les régions régionales ont unanimement exprimé leur inquiétude en ce qui a trait aux services de santé mentale destinés aux jeunes. Les jeunes ont été reconnus comme un groupe prioritaire devant l'abondance et la cohérence des commentaires relatifs à leurs besoins.

Plusieurs organismes disent aussi vouloir jouer un rôle de chien de garde, d'autres offrent sans ambage leur soutien à la réforme, mais le sentiment général est qu'il s'agit de la dernière chance accordée pour réussir la transformation des services de santé mentale amorcée il y a déjà quelques décennies.

PARTIE 2

UN PLAN D'ACTION QUI MET À PROFIT LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION



UN PRINCIPE GÉNÉRAL : L'APPROPRIATION DU POUVOIR

Pour la personne dont l'estime de soi, l'emprise sur sa situation de vie, l'espoir et la capacité d'interaction ont été amoindris pendant des périodes plus ou moins longues, il est primordial de lui redonner un sentiment de maîtrise sur sa vie. Cette réappropriation du pouvoir se traduit par l'exercice d'un choix libre et éclairé au moment de prendre des décisions à des étapes cruciales de sa vie. L'application de ce principe amène les intervenants et les intervenantes à respecter la personne, à l'informer, à lui offrir des recours adaptés à sa situation et, enfin, à miser sur son potentiel. Pour respecter son libre arbitre, il peut s'avérer nécessaire de lui offrir des choix thérapeutiques répondant à ses besoins.

L'appropriation du pouvoir comme démarche collective se traduit par la participation de la personne à la vie associative, telle qu'elle s'est développée dans les organismes communautaires en santé mentale. L'usager ou l'usagère sont consultés sur les modalités d'organisation des services de santé mentale, que ce soit en établissement ou en milieu communautaire. La défense des droits des usagères et des usagers constitue d'ailleurs un des fondements de cette démarche collective d'appropriation du pouvoir.

Le principe général de l'appropriation du pouvoir comme démarche individuelle et collective sous-tend l'ensemble des objectifs et des mesures du plan d'action.

LES CLIENTÈLES PRIORITAIRES

1. Les adultes souffrant de troubles mentaux graves

Actuellement, les personnes souffrant de troubles mentaux graves représentent un des groupes les plus vulnérables de la société. La Politique de santé mentale qualifie de graves les troubles mentaux associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfèrent de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base. Habituellement, ces troubles sont persistants. Même s'ils n'affectent qu'environ 2 à 3 % de la population, ils représentent 80 % des journées d'hospitalisation psychiatrique. Il paraît évident que le succès de la transformation repose sur la capacité d'offrir des services satisfaisants à ces personnes qui se retrouvent trop souvent sans soutien autre que celui de leurs proches. Une meilleure organisation du système de services profitera aussi aux autres utilisateurs et utilisatrices.

2. Les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux

Dans presque toutes les régions visitées, l'importance des problèmes de santé mentale des enfants et l'inadaptation des services actuels à leurs besoins particuliers ont été soulignées. Cette situation est corroborée par l'enquête de Santé Québec, qui a montré que les troubles mentaux des jeunes sont beaucoup plus répandus qu'on ne le croit généralement et qu'une minorité d'entre eux reçoivent des services qui leur seraient bénéfiques. Ainsi, en 1992, un enfant de 6 à 14 ans sur cinq présentait au moins une difficulté de santé mentale et, pour un sur dix, ce trouble était accompagné d'au moins un problème d'adaptation. Au maximum, 40 % des enfants ayant des troubles mentaux avaient reçu des services de l'école ou du réseau de la santé et des services sociaux.

Les conséquences de cette situation sont multiples et parfois graves pour les enfants, les jeunes et leur famille; elles se manifestent sous la forme d'une détresse grandissante, d'un alourdissement des cas, voire d'une chronicisation des troubles mentaux.

OBJECTIFS ET MESURES

La transformation des services de santé mentale vise à améliorer la réponse aux besoins des jeunes et des personnes souffrant de troubles mentaux graves et ne bénéficiant pas toujours des services requis. Les objectifs et les mesures qui suivent devraient guider la démarche de transformation, tout en résolvant les problèmes actuels. Ils mettent à profit des expériences de pratiques reconnues pour être efficaces en santé mentale.

Ces objectifs et mesures portent sur :

- l'éventail des services;
- la mise en place de réseaux locaux;
- l'organisation des services pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux;
- la formation des ressources humaines;
- les modes de rémunération des médecins;
- la répartition des dépenses en santé mentale;
- le financement de la transition;
- les actions intersectorielles;
- la recherche et l'évaluation;
- l'institut universitaire;
- le suivi et le soutien de la transformation des services de santé mentale.

1. Mettre en place les services requis

OBJECTIF

Mettre en place ou consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants.

Le passage d'un modèle d'organisation dont les services sont concentrés à l'intérieur des hôpitaux à un modèle qui offre des réponses dans les milieux de vie des personnes nécessite la mise en place d'une variété de moyens. Un des plus grands défis de l'organisation des services, dans la communauté, est de mettre en place un ensemble de services pour que les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches puissent vivre en s'intégrant à la vie dans la communauté et en développant au maximum leurs capacités.

Différents travaux, y compris des plans d'organisation de services d'autres provinces et pays, se rejoignent quant à la définition des services à offrir. Récemment, l'examen des meilleures pratiques effectué par un groupe de chercheurs canadiens proposait une série de service types. Les services requis, décrits dans le présent plan d'action, s'inspirent de ces travaux.

• *Le suivi dans la communauté*

Le suivi dans la communauté renvoie à une famille d'activités d'intensité variable qui visent le mieux-être et l'intégration sociale des personnes aux prises avec les conséquences de troubles mentaux. Le suivi dans la communauté prend différentes formes selon les besoins de la personne; le plus souvent, les services sont offerts dans le milieu de vie et l'intervenante ou l'intervenant se déplace pour rejoindre les gens. Ce type de suivi peut favoriser davantage l'intégration à l'emploi, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du budget, etc.

Le suivi intensif en équipe

Le suivi intensif dans la communauté, dont l'efficacité a été démontrée, vise les personnes les plus gravement atteintes et les plus vulnérables. Selon certains experts, on devrait compter environ dix personnes travaillant en suivi intensif par 100 000 personnes dans la population. L'approche retenue dans ce programme est caractérisée par :

- un travail d'équipe,
- des activités taillées sur mesure pour chaque personne,
- des démarches « proactives » (*reaching out*),
- des interventions dans le milieu de vie des usagères et usagers (*in vivo*),
- une priorité accordée aux besoins de base des individus (logement, nourriture, soins médicaux, etc.) et au soutien des proches et de l'entourage.

Le suivi non intensif dans la communauté

Un suivi communautaire d'une intensité moindre et effectué par des individus, plutôt que par une équipe, est aussi nécessaire pour les personnes moins gravement atteintes. Le suivi communautaire regroupe des activités variant selon les modèles de référence, les clientèles, l'organisation locale des services, l'expertise disponible, etc. Habituellement, on suggère un rapport d'une intervenante ou d'un intervenant pour 25 usagères et usagers (1:25) pour un suivi de réadaptation, et de 1 pour 35 à 50 dans d'autres types de suivi.

Qu'il s'agisse d'un suivi intensif ou d'une formule exigeant moins de ressources, le Québec accuse un retard indéniable qu'il faut combler.

• *L'intervention en situation de crise disponible en tout temps*

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. Ces 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.

• *Le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance*

Les troubles mentaux ou l'hospitalisation prolongée entraînent chez certaines personnes des difficultés à assurer une réponse aux besoins essentiels de l'existence, soit se loger, se vêtir, se nourrir. Les services mis en place doivent, en premier lieu, soutenir les personnes dans l'accomplissement de ces tâches, et ce, dans le respect de leur rythme et de leurs compétences.

Lorsqu'elles en ont la possibilité, les personnes atteintes de troubles mentaux graves préfèrent vivre dans des milieux de vie autonomes qui sont dispersés dans la communauté. Ce mode de vie exige toutefois qu'un soutien individualisé soit accessible en dehors des structures résidentielles. De plus, comme ce mode de vie ne convient pas à tout le monde, chaque région doit pouvoir compter sur une variété de ressources résidentielles.

• *Le traitement dans la communauté*

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. De l'avis d'un bon nombre d'interlocuteurs rencontrés au moment de la consultation, le traitement devrait être mieux harmonisé aux autres composantes des services dans la communauté.

En plus des ressources de la pratique privée, les cliniques externes, les hôpitaux de jour, les centres de jour, les équipes de CLSC et certains organismes communautaires offrent des services de traitement. Toutes ces organisations ont leur raison d'être dans les réseaux de services, mais aucune ne devrait monopoliser l'essentiel des ressources disponibles.

• *L'hospitalisation*

Les services d'hospitalisation demeurent une composante essentielle du réseau de services. 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.

La mise en place de services adéquats dans la communauté permet une réduction des durées de séjour hospitalier. Il s'agit d'un enjeu touchant à la fois l'organisation et la qualité des services. Les personnes maintenues en établissement pendant de longues périodes ont généralement plus de difficultés à s'intégrer en société.

Le Québec vise à atteindre une durée moyenne de séjour de vingt jours en soins psychiatriques de courte durée, au terme des trois ans de l'exercice de consolidation. L'objectif de quinze jours dans le document d'orientations pour la transformation a été modifié afin de tenir compte des commentaires reçus et de la difficulté d'exclure de la cohorte des personnes hospitalisées, les épisodes hospitaliers des personnes admises en vertu de l'ordonnance d'un juge.

Le 31 mars 1995, le Québec comptait 6000 lits de soins psychiatriques de courte et de longue durée, excluant les lits occupés par des personnes admises en raison d'une déficience intellectuelle, ceux réservés aux fins de l'administration de la justice et les lits de pédopsychiatrie. Cela représentait 0,86 lit par 1000 personnes. Trois ans plus tard, au 31 mars 1998, le nombre de lits de psychiatrie était de 4779, soit 0,64 lit par 1000 personnes.

Cette réduction est conforme aux objectifs poursuivis, soit le passage d'un modèle de services centré sur les hôpitaux à un modèle d'organisation dans la communauté. La réduction du nombre de lits de psychiatrie doit se poursuivre dès que les services seront mis en place, dans la communauté, pour compléter la gamme des services nécessaires. Le Québec vise, pour 2002, à atteindre la norme de 0,4 lit par 1000 personnes pour les services psychiatriques de courte et de longue durée, soit 0,25 lit par 1000 personnes en courte durée et 0,15 lit par 1000 en longue durée.

Au cours des dernières années, les établissements et les régies régionales ont procédé à l'évaluation des personnes hébergées ou hospitalisées depuis plusieurs années dans les hôpitaux psychiatriques. Les régies rendront compte des résultats de cette évaluation et des étapes prévues pour diriger ces personnes vers de nouveaux milieux de vie.

• *L'entraide*

L'aide que s'apportent mutuellement les personnes dans la même situation est généralement reconnue comme un mode de soutien efficace, tant pour les familles et les proches que pour les usagères et usagers eux-mêmes. Une gamme appropriée de services devrait inclure la présence de lieux de rencontre et de soutien.

Les formules du type « Club House » ayant pris naissance aux États-Unis, et présentes aussi en Ontario, favorisent l'intégration des personnes à un groupe de travail au sein duquel elles sont considérées comme des membres à part entière et non comme des bénéficiaires.

• ***Le soutien aux familles et aux proches***

La famille demeure l'un des principaux milieux de vie des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Généralement, ce sont les femmes qui jouent le rôle de soignantes 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 mères ayant des difficultés de santé mentale, afin qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants ou les faire garder en toute sécurité.

La proportion des dépenses de santé mentale consacrée au soutien aux familles fera l'objet d'un suivi particulier.

• ***Les loisirs, l'éducation, le développement des habiletés personnelles, l'intégration à l'emploi***

L'ensemble des activités de loisirs, d'éducation, de développement des habiletés personnelles, d'intégration à l'emploi vise à permettre à la personne de créer des liens, de faire des choix, de développer et d'exercer ses capacités à l'intérieur de projets et d'occupations significatives dans sa vie. Ces activités sont considérées par plusieurs comme faisant partie intégrante des services de réadaptation.

MESURE
Les régies régionales préciseront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les services disponibles dans chacun des domaines d'activité reconnus pour être efficaces, soit : • le suivi dans la communauté, • l'intervention en situation de crise, • le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance, • le traitement dans la communauté, • l'hospitalisation, • l'entraide, • le soutien aux familles et aux proches, • les loisirs, l'éducation et l'intégration au travail.

L'expérience et la recherche ont permis de fixer des normes pour guider la planification de certains services requis.

Services à mettre en place	Normes à atteindre
Suivi intensif en équipe	10 intervenantes ou intervenants par 100 000 personnes
Durée moyenne des séjours hospitaliers en psychiatrie	20 jours
Nombre de lits pour les services psychiatriques	0,25 lit par 1000 personnes en soins de courte durée 0,15 lit par 1000 personnes en soins de longue durée

2. Organiser des réseaux locaux de services

OBJECTIF

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

Au cours de la consultation, plusieurs groupes se sont montrés préoccupés par l'organisation des services dans la communauté. Certains ont fait des suggestions de modèles d'organisation et plusieurs ont demandé que soit précisé qui aurait désormais la responsabilité d'organiser les services dans la communauté.

L'organisation 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. Dans le cas de la santé mentale, le Ministère a choisi de ne pas identifier une seule entité responsable des services dans la communauté, puisque différents modèles d'organisation coexistent déjà au Québec et qu'ils fonctionnent avec efficacité même s'ils n'ont pas tous le même rattachement administratif. À titre d'exemple, des consortiums jouent ce rôle dans certaines régions, alors qu'ailleurs les équipes de CLSC assument le leadership. Les réseaux de services qui fonctionnent bien sont fondés notamment sur l'engagement des personnes et leur expertise, plutôt que sur l'appartenance à un établissement. Sur le plan de la gestion, les responsables de l'organisation locale doivent avoir une compétence clinique reconnue et être clairement mandatés.

• *Des réseaux locaux de services*

La transformation des services de santé mentale s'appuie sur l'organisation locale de services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants. Le caractère local de l'organisation des services se rapporte d'abord à la proximité avec le milieu de vie de ces personnes. La délimitation géographique peut donc varier d'une région à l'autre, selon qu'on se trouve en milieu rural ou en milieu urbain, ou encore en fonction de la densité de la population. On sait aussi qu'une certaine densité de population est nécessaire pour offrir des services de qualité dans la communauté, par exemple le suivi intensif. L'organisation des services doit tirer profit des compétences disponibles dans chaque territoire de façon à éviter à l'usagère ou à l'utilisateur la multiplication des démarches pour obtenir les services. L'expertise, l'accessibilité des services et l'engagement manifesté à l'égard de la clientèle sont plus importants que les structures.

• *La responsabilité à l'égard de la clientèle*

Les régies régionales doivent préciser qui aura, au niveau local, la responsabilité de prodiguer et de coordonner les services destinés aux usagères et utilisateurs atteints de troubles mentaux graves.

La responsabilité à l'égard de la clientèle atteinte de troubles mentaux graves et persistants implique qu'en tout temps, les personnes atteintes et leurs proches puissent entrer en contact avec une équipe désignée et recevoir une réponse rapide et adaptée à

leurs besoins. Cette responsabilité inclut la liaison avec les équipes médicales (omnipraticiens ou psychiatres) engagées dans les soins aux personnes, l'accompagnement et le suivi après l'hospitalisation, la formation et le soutien des différents groupes (corps policiers, organismes bénévoles, etc.) en contact avec ces usagères et usagers.

MESURE

Les régions régionales désigneront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), l'entité responsable des services aux usagères et usagers atteints de troubles mentaux graves et persistants, dans chacun des territoires locaux de leur région.

3. Améliorer les services aux enfants et aux jeunes qui présentent des troubles mentaux

OBJECTIF

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

La stratégie d'action jeunesse du Ministère présente une analyse des besoins des jeunes et de leurs parents, de même qu'une évaluation des services disponibles dans le réseau pour y répondre. Au cours de sa préparation, l'importance des problèmes de santé mentale vécus par les enfants, les adolescents et les adolescentes, ainsi que l'insuffisance des services spécialisés ont été maintes fois mises en évidence. Le présent plan d'action sur la santé mentale doit donc être perçu comme un complément de la stratégie d'action jeunesse pour ce qui est de ces usagères et usagers particuliers.

Actuellement, les troubles mentaux des enfants, des adolescents et des adolescentes sont sous-évalués et les jeunes qui en souffrent sont éparpillés dans divers réseaux de services entretenant peu de liens fonctionnels entre eux. L'accès à des services spécialisés pour ce groupe d'usagères et d'usagers est le plus souvent difficile et lent, voire inexistant dans certaines régions.

Une organisation adéquate des services aux enfants et aux jeunes qui présentent des troubles mentaux doit garantir :

- une masse critique de ressources interdisciplinaires en pédopsychiatrie, telles que des infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc. En l'absence d'une telle masse critique, il faudra penser à des services suprarégionaux;
- l'accès rapide, parfois même immédiat, aux services d'évaluation diagnostique, qui est au cœur d'un réseau efficace de services spécialisés;
- l'accès à un dépistage fiable en amont de l'évaluation diagnostique et, en aval, un suivi clinique de la clientèle;
- l'accès à une gamme de services de pédopsychiatrie adaptés au contexte et aux besoins régionaux;
- les liaisons fonctionnelles entre les différents services pour les enfants, les jeunes et leur famille : services de garde, milieux scolaires, CLSC, centres jeunesse, milieu communautaire et services interdisciplinaires de pédopsychiatrie;
- la consultation et le soutien des équipes des services de base par les équipes spécialisées.

MESURE

Les régions régionales préciseront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les modalités pour améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité des services psychosociaux.

Les régions régionales distingueront, dans leur plan d'effectif médical, les ressources en psychiatrie et en pédopsychiatrie.

4. Assurer la formation des ressources humaines

OBJECTIF

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.

En consultation, à peu près tous les groupes et toutes les régions régionales ont fait valoir l'importance stratégique de la formation continue. Près d'une vingtaine d'organismes nationaux ont fait des recommandations à ce sujet et plusieurs ont offert leur participation à la conception de programmes. Dans certaines régions et certains établissements, on possède déjà une expertise ou des programmes particuliers.

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, par conséquent, 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, notamment en assurant le suivi communautaire (intensif ou non);
- pour intervenir auprès des personnes ayant des problèmes multiples, particulièrement celles qui présentent à la fois un problème de toxicomanie et de santé mentale, tel que recommandé par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie;
- pour donner une réponse adaptée aux besoins particuliers des femmes et des hommes.

Ces programmes devraient avoir comme perspective l'appropriation du pouvoir sur leur vie par les usagers et les usagères ainsi que sur la consolidation du partenariat nécessaire à la redéfinition des rôles dans le système de santé mentale.

MESURES

Les régions régionales indiqueront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les activités de formation liées à la transformation.

Le Ministère s'associera avec les régions régionales pour établir des activités de formation d'ensemble au regard des priorités retenues. Un soutien financier pouvant atteindre 700 000 \$ sera disponible à cette fin.

5. Adapter les modes de rémunération des médecins

OBJECTIF

Adapter les modes de rémunération des médecins de famille et des psychiatres à la transformation des services de santé mentale.

Pendant la consultation et les séances de travail avec les régies régionales, de nombreux problèmes ont été soulevés en ce qui a trait au manque d'ajustement entre la rémunération actuelle des médecins, psychiatres et omnipraticiens, et les nouvelles pratiques qui devraient faire suite aux changements prévus.

Le Ministère entend adapter les modes de rémunération des médecins de famille et des psychiatres à la transformation des services. La négociation de nouvelles ententes de travail concrétisera cette volonté. Ces ententes devraient favoriser le suivi des usagères et des usagers en stimulant la disponibilité des médecins de famille. La rémunération offerte devrait inciter les psychiatres et pédopsychiatres à offrir leurs services comme consultants et encourager leur intégration, particulièrement dans les équipes de suivi intensif dans la communauté.

MESURE

Le Ministère négociera des modalités de rémunération des psychiatres et des omnipraticiens adaptées à la transformation des services.

6. Transférer certaines ressources vers la communauté

OBJECTIF

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

En 1994-1995, 64 % des dépenses (sur un total de 816 millions de dollars) ont servi au financement des services d'hospitalisation et 36 % à celui de 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. Trois ans plus tard, soit en 1997-1998, 59 % des dépenses (sur un total de 831 millions de dollars) étaient affectées aux services d'hospitalisation et 41 % aux autres services. Il reste donc encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif poursuivi.

Le Ministère conserve cet objectif général, qui permet d'orienter l'action et qui est largement utilisé dans toutes les régions. Lors des consultations, plusieurs groupes ont fait valoir les limites de cet objectif, demandant par exemple plus de précision dans la répartition des dépenses dans la communauté. Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible cependant de répondre à cette demande de façon détaillée.

En outre, un effort de formation s'avère indispensable, puisque le plus grand défi est d'instaurer une culture de soutien proactif dans la communauté même, pour accompagner la personne en difficulté et ses proches. Cette culture de services doit privilégier le lien avec le client ou la cliente plutôt que d'encourager le débat sur les structures.

MESURE

Le Ministère effectuera le suivi des sommes investies pour les hospitalisations et les services externes dans la communauté.

7. Garantir le financement de la transition

OBJECTIF

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.

Le financement de la transformation représente sans aucun doute l'aspect sur lequel les organismes consultés ont réagi le plus clairement et de façon convergente. Tous les groupes ont ainsi souligné l'importance de protéger les budgets de santé mentale et de prévoir un financement pour la période de transition. Ce financement est requis parce que les services habituels doivent être assurés pendant qu'on met en place les nouveaux services. En réalité, les sommes globales consacrées à la santé mentale n'ont pas diminué, même si ce budget n'a pas été protégé comme tel. Certaines régions ont pu connaître une baisse, mais la réallocation faite dans d'autres régions l'a plus que compensée. Il reste que la transformation représente une diversification des ressources, des services et des lieux d'intervention, ainsi que des changements significatifs dans les pratiques professionnelles. Pour faciliter ces changements, il est important que la réallocation soit la responsabilité de la régie régionale plutôt que celle d'un seul établissement ou organisme.

Enfin, pour éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants se retrouvent sans soutien, on doit prévoir des budgets de transition de façon que les services habituels soient assurés pendant qu'on met en place les nouveaux services. Les organismes et régies consultés ont tous appuyé ce principe et demandé des précisions au Ministère.

Trois sources de financement de la transition existent, l'accès et l'utilisation variant selon les régions. La première provient d'un budget spécial annoncé par le gouvernement en juin 1998. De ce budget, une somme de 5 millions \$ doit être consacrée à la transition en santé mentale en 1998-1999 et 10 millions \$ en 1999-2000. La deuxième source de financement est la somme dégagée par les régies régionales qui réorientent leurs investissements d'un type de services à un autre. Enfin, la redistribution de « l'enveloppe asilaire » représente la troisième source de financement dans certaines régions. Cette enveloppe est constituée des ressources utilisées par l'ensemble des personnes qui résident de façon ininterrompue depuis le 1^{er} avril 1985 dans les grandes institutions psychiatriques. Cette limite dans le temps a été établie en tenant compte du moment où les régions ont assuré la quasi-totalité des services de santé mentale à la population de leur territoire. Le nombre de personnes concernées a été établi en collaboration avec les régions.

MESURE

Les régies régionales incluront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), une stratégie de financement de la transition.

8. Mettre au point des actions intersectorielles

OBJECTIF

Mettre au point des actions intersectorielles dans deux domaines jugés prioritaires pour l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux : le logement et l'intégration au travail.

Les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent trop souvent isolées, dans des conditions matérielles déplorables, sans projet ou activité significative dans leur vie. Pendant la consultation, des organisations très variées ont maintes fois relevé l'importance d'aborder tous ces aspects essentiels à l'intégration sociale de ces personnes et qui ne relèvent pas exclusivement du réseau de la santé et des services sociaux.

Des ententes intersectorielles s'établissent actuellement localement, mais elles doivent trouver un appui et une cohérence dans les politiques et les règlements gouvernementaux. Loin de se substituer à ces accords régionaux, les actions gouvernementales devraient en faciliter la réalisation. C'est d'ailleurs le souhait presque unanime des régies et des groupes consultés.

• Favoriser l'accès au logement

Depuis une quinzaine d'années, l'orientation favorisée en matière d'hébergement des personnes aux prises avec des troubles mentaux a complètement changé. Ainsi, on privilégie actuellement un accès à des services de santé mentale qui ne sont pas liés au fait d'être logé dans une structure résidentielle déterminée. Selon cette approche, l'accès à un logement salubre et de qualité représente une condition minimale de la vie en société et un défi auquel on doit s'attaquer.

Au Québec, la responsabilité en matière de logement social est répartie entre les offices municipaux d'habitation, qui ont chacun leur politique d'accès aux logements des HLM, le ministère des Affaires municipales, qui est leur interlocuteur privilégié, et la Société d'habitation du Québec qui, de son côté, réalise différents programmes de construction. Dans tous les cas, on doit s'assurer que ces logements sont accessibles aux personnes ayant des troubles mentaux et offrir les services nécessaires au maintien dans leur logement.

MESURE

Le Ministère négociera des ententes avec le ministère des Affaires municipales et la Société d'habitation du Québec, afin de garantir l'accès équitable à des logements subventionnés.

- ***Favoriser l'accès au travail***

L'intégration au travail constitue, avec le logement, un facteur primordial d'épanouissement et de réinsertion sociale pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants. Il est permis de penser qu'intervenir pour favoriser une telle intégration est un investissement qui rapporte à la société, en diminuant, par exemple, l'utilisation des ressources sociales et de santé.

Divers services et conditions sont nécessaires pour améliorer l'intégration au travail. Les services doivent s'articuler en complémentarité les uns avec les autres et être fournis en considération de tous les aspects de la vie de la personne. Actuellement, malgré l'existence de programmes novateurs dans le domaine, l'intégration à l'emploi se bute à plusieurs difficultés : le contexte économique défavorable, les préjugés de la société, les réticences des milieux de travail, le manque de ressources permanentes et de coordination de ces ressources et, parfois, un déficit des habiletés des personnes qui souhaitent travailler. Les données disponibles montrent un manque particulièrement important de soutien aux personnes et aux employeurs pour l'intégration et le maintien en emploi sur le marché normal du travail.

MESURE
Le Ministère conviendra des actions nécessaires avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour soutenir les programmes et activités favorisant l'intégration en milieu de travail normal des personnes présentant des troubles mentaux graves.

9. S'appuyer sur la recherche et l'évaluation

OBJECTIF

Réorienter la recherche et l'évaluation de manière à soutenir la transformation et à rendre compte des résultats.

La transformation du réseau actuel des services de santé mentale renforce la nécessité déjà reconnue de consolider la recherche et ses conditions d'exercice. Les efforts doivent continuer de porter sur le soutien des infrastructures de recherche et d'évaluation.

Déjà, le Ministère, le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) ont résolu d'entreprendre une révision majeure du programme conjoint de subventions en santé mentale. Dès cette année, le programme n'accordera son soutien financier qu'aux seuls projets touchant des problèmes ou des situations vécus par des personnes présentant des troubles graves et persistants de santé mentale, et ce, pour l'ensemble de sa programmation. Au cours des années subséquentes, le programme évoluera en garantissant toujours l'ajustement des subventions aux priorités de la transformation. Parmi celles-ci, on devra considérer l'analyse différenciée selon les sexes pour les troubles mentaux. Le partenariat de ces trois organisations constitue une illustration du maillage souhaité entre la recherche et les priorités sur le plan de l'intervention.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CMSQ) est aussi un partenaire privilégié pour l'atteinte des objectifs de la transformation des services de santé mentale. Au cours des prochaines années, tout en parachevant ses importants projets actuels, il exercera son rôle de conseiller auprès du ministre en produisant des avis sur des questions prioritaires liées aux transformations en cours. Il le fera en s'appuyant à la fois sur sa représentativité (usagères et usagers, familles, intervenantes et intervenants, chercheuses et chercheurs) et sur la complémentarité de l'expertise à sa disposition. Il sera sollicité de façon particulière pour le développement et le transfert de connaissances utiles aux différents groupes d'acteurs dans ces transformations, notamment les connaissances en évaluation.

Trois mandats lui sont dès à présent confiés : le premier vise l'établissement de critères de qualité pour les services offerts dans la communauté, en concertation avec les usagères et usagers, les proches, les intervenantes et intervenants et les chercheuses et chercheurs. Il importe de répondre, tout en respectant les particularités des organisations, au besoin prioritaire de critères reconnus que les usagères et usagers puissent utiliser pour juger de la qualité de ces services. Les deuxième et troisième mandats ont trait au développement des connaissances, à la mise en réseau de l'expertise existante et à la promotion des approches intersectorielles en matière de logement et d'intégration au travail.

MESURES

Le Ministère verra à la mise en place du programme conjoint révisé de subvention de recherche en santé mentale Ministère-FRSQ-CQRS et à sa poursuite en 1999-2000.

Le Ministère confiera au CSMQ, le mandat suivant :

- **développer des critères de qualité pour les services dans la communauté;**
- **développer des connaissances, mettre en réseau l'expertise existante et promouvoir des approches intersectorielles en matière de logement;**
- **développer des connaissances, mettre en réseau l'expertise existante et promouvoir des approches intersectorielles en matière d'intégration au travail.**

10. Désignation au titre d'institut universitaire

OBJECTIF

Préciser les modalités de désignation et d'implantation au titre d'institut universitaire.

La description du profil attendu d'un institut universitaire en santé mentale dans le document *Orientations pour la transformation des services de santé mentale* a fait l'objet d'un large consensus. Les éléments de base, rendus publics par ce document, n'ont pas changé et doivent toujours être considérés comme les assises d'un institut universitaire.

Par sa mission, un institut universitaire offre des services, gère un centre ou une infrastructure de recherche et participe à la formation des ressources professionnelles dans le champ de la santé mentale. Au point de vue des services, un institut universitaire en santé mentale devra être ancré dans la communauté et articulé avec les autres partenaires des réseaux public et communautaire.

En matière de recherche, il est impératif qu'un institut universitaire en santé mentale gère un centre de recherche dont les activités soient rigoureusement intégrées aux activités cliniques et d'enseignement, et soutienne de façon prioritaire les orientations de la transformation.

La formation de base et la formation spécialisée offertes par un institut universitaire devront constamment être ajustées aux modifications apportées dans l'organisation actuelle du travail et dans les pratiques professionnelles et les soutenir. Un institut permettra donc à l'université de faire évoluer ses objectifs dans un contexte où la relève professionnelle prend appui sur de nouvelles bases.

MESURE

Le Ministère mandatera un groupe d'experts afin qu'ils recommandent au ministre, au cours de la prochaine année, des critères de désignation et des modalités d'appel et d'évaluation de candidatures au titre d'institut universitaire en santé mentale.

11. Suivre et soutenir la transformation

OBJECTIF

Suivre et soutenir la transformation des services de santé mentale.

La transformation des services de santé mentale entraîne des changements importants dans l'organisation actuelle des services. Les régions progressent à des rythmes variables et certaines auront besoin d'être soutenues dans les actions et les projets qu'elles entreprennent. Les organismes rencontrés en consultation ont réclamé qu'un suivi d'envergure nationale soit effectué, afin de soutenir les régions et d'assurer la cohérence du système. Plusieurs ont manifesté leur intérêt pour y participer. De plus, de nombreuses décisions vont nécessiter que les données et l'information à caractère évaluatif soient disponibles. Le Ministère entend se doter de mécanismes de suivi et de soutien basés principalement sur des indicateurs de résultats et sur l'expertise présente dans le domaine de la santé mentale.

• *Un leadership clair*

Le Ministère est responsable du suivi de la transformation des services de santé mentale et s'associe à un groupe d'appui aux changements. Le mandat de ce groupe est de soutenir et de faciliter le changement, principalement en mettant à profit l'expertise existante et ce, pour la durée de ce plan d'action, soit jusqu'en 2002. Le groupe d'appui est sous la responsabilité de la sous-ministre adjointe à la planification et à l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est composé de représentantes et représentants du Ministère, de régies régionales, des milieux d'intervention public et communautaire, du secteur de la recherche, ainsi que du Comité de santé mentale du Québec. Le groupe s'adjoindra au besoin la collaboration d'experts, d'usagères et d'usagers ou de parents.

• *Une obligation de parvenir à des résultats*

La fonction de monitoring consiste à fournir périodiquement aux décideurs des informations standardisées, fiables et utiles sur les aspects importants de la performance d'un système. Cette fonction doit nécessairement s'exercer en partenariat avec le Ministère et les régies régionales qui sont responsables de la planification et de l'organisation des services à leur niveau respectif. La responsabilité ministérielle en matière de suivi ou de monitoring est assumée par la Direction générale de la planification et de l'évaluation.

Le Ministère effectuera le monitoring en collaboration avec les régies régionales à partir d'indicateurs déterminés de façon conjointe.

MESURES

Le Ministère pilotera :

- un groupe d'appui à la transformation ayant le mandat de soutenir et de faciliter le changement;
- un groupe MSSS-régies ayant le mandat de faire le suivi de la transformation en santé mentale au moyen d'indicateurs.

CONCLUSION

Le plan d'action ministériel sur la transformation des services de santé mentale constitue la suite attendue de la consultation menée au cours de l'année 1997. L'équipe ayant participé à cette consultation a été à même de constater à la fois les espoirs soulevés par les orientations ministérielles et l'état d'avancement variable, selon les régions, de l'organisation des services de santé mentale. Ce plan d'action permettra de guider l'action des régions, de soutenir le changement des pratiques, de favoriser une concertation intersectorielle et de suivre l'évolution des services de santé mentale dans chaque région.

La publication de ce plan d'action mettra en branle une série d'opérations déployées au niveau tant national que régional et local. L'opération de transformation des services de santé mentale dans un système de réseaux locaux répondant plus adéquatement aux besoins des jeunes et des adultes ayant des troubles mentaux vise à faire en sorte que les différents acteurs intéressés s'approprient l'offre de services. Ce sont actuellement les régions régionales qui ont la responsabilité d'organiser les services de santé et de faire en sorte qu'ils soient le plus près possible de la population.

EN RÉSUMÉ

De manière synthétique, voici les onze objectifs formulés dans le présent plan d'action, de même que les mesures qui permettront de les atteindre. Des indicateurs de résultats permettant de suivre l'évolution de la situation quant à l'atteinte de la plupart des objectifs sont également mentionnés.

Objectifs	Mesures	Indicateurs
1	1	
Mettre en place ou consolider huit types de services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants.	Les régions régionales préciseront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les services disponibles dans chacun des domaines d'activité reconnus pour être efficaces, soit : • le suivi dans la communauté, • l'intervention en situation de crise, • le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance, • le traitement dans la communauté, • l'hospitalisation, • l'entraide, • le soutien aux familles et aux proches, • les loisirs, l'éducation et l'intégration au travail.	À mettre au point avec les régions : un indicateur de disponibilité des services nécessaires dans la communauté; des indicateurs spécifiques : - nombre d'usagers inscrits dans un programme de suivi intensif mis en relation avec les rapports suggérés; - coûts directs nets des activités de soutien aux familles, par rapport à l'ensemble des coûts directs nets; - nombre de lits de psychiatrie par 1000 personnes, par région; - nombre de jours d'hospitalisation pour des personnes âgées de 18 ans et plus, pour un diagnostic psychiatrique par 1000 personnes.
2	2	
Compléter la mise en place de réseaux locaux de services, sous la responsabilité d'une entité désignée, s'adressant prioritairement aux personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants.	Les régions régionales désigneront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), l'entité responsable des services aux usagères et usagers atteints de troubles mentaux graves et persistants, dans chacun des territoires locaux de leur région.	

Objectifs	Mesures	Indicateurs
3	3	
Améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité entre les services psychosociaux et médicaux, pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux.	Les régies régionales préciseront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les modalités pour améliorer l'accès aux services de pédopsychiatrie et la continuité des services psychosociaux. Les régies régionales distingueront, dans leur plan d'effectif médical, les ressources en psychiatrie et en pédopsychiatrie.	
4	4	
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.	Les régies régionales indiqueront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), les activités de formation liées à la transformation. Le Ministère s'associera avec les régies régionales pour établir des activités de formation d'ensemble au regard des priorités retenues. Un soutien financier pouvant atteindre 700 000 \$ sera disponible à cette fin.	Pourcentage des intervenants de chaque catégorie professionnelle ayant reçu une formation par rapport à l'ensemble des intervenants. Nombre d'heures de formation offert aux personnes dans le domaine de la santé mentale, par région, par année.
5	5	
Adapter les modes de rémunération des médecins de famille et des psychiatres à la transformation des services de santé mentale.	Le Ministère négociera des modalités de rémunération des psychiatres et des omnipraticiens adaptées à la transformation des services.	
6	6	
Affecter, au terme du présent exercice de consolidation, 60 % des dépenses publiques (excluant celles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec) du secteur de la santé mentale à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation.	Le Ministère effectuera le suivi des sommes investies pour les hospitalisations et les services externes dans la communauté.	Pourcentage des coûts directs nets réservés à des hospitalisations et des coûts directs réservés à d'autres activités de santé mentale.

Objectifs	Mesures	Indicateurs
7	7	
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.	Les régies régionales incluront, dans leur plan de consolidation (volet santé mentale), une stratégie de financement de la transition.	
8	8	
Mettre au point des actions intersectorielles dans deux domaines jugés prioritaires pour l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux : le logement et l'intégration au travail.	Le Ministère négociera des ententes avec le ministère des Affaires municipales et la Société d'habitation du Québec, afin de garantir l'accès équitable à des logements subventionnés. Le Ministère conviendra des actions nécessaires avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour soutenir les programmes et activités favorisant l'intégration en milieu de travail normal des personnes présentant des troubles mentaux graves.	
9	9	
Réorienter la recherche et l'évaluation de manière à soutenir la transformation et rendre compte des résultats.	Le Ministère verra à la mise en place du programme conjoint révisé de subvention de recherche en santé mentale Ministère-FRSQ-CQRS et à sa poursuite en 1999-2000. Le Ministère confiera au CSMQ, le mandat suivant : • développer des critères de qualité pour les services dans la communauté; • développer des connaissances, mettre en réseau l'expertise existante et promouvoir des approches intersectorielles en matière de logement; • développer des connaissances, mettre en réseau l'expertise existante et promouvoir des approches intersectorielles en matière d'intégration au travail.	

Objectifs	Mesures	Indicateurs
10	10	
Préciser les modalités de désignation et d'implantation au titre d'institut universitaire.	Le Ministère mandatera un groupe d'experts afin qu'ils recommandent au ministre, au cours de la prochaine année, des critères de désignation et des modalités d'appel et d'évaluation de candidatures au titre d'institut universitaire en santé mentale.	Rapport sur les critères de désignation, les règles de financement et les modalités d'évaluation d'un institut universitaire.
11	11	
Suivre et soutenir la transformation des services de santé mentale.	Le Ministère pilotera : • un groupe d'appui à la transformation ayant le mandat de soutenir et de faciliter le changement; • un groupe MSSS-régies ayant le mandat de faire le suivi de la transformation en santé mentale au moyen d'indicateurs.	

Quatre indicateurs compléteront l'information recueillie afin de suivre l'évolution de la transformation des services de santé mentale :

- les coûts directs nets des services de santé mentale par rapport aux coûts directs nets de l'ensemble des programmes aux usagères et usagers, par région (excluant les dépenses effectuées par la RAMQ et celles des services asilaires);
- le nombre de plaintes effectuées auprès des policiers des communautés urbaines de Montréal et de Québec pour troubles mentaux;
- le nombre de personnes reçues dans les salles d'urgence pour un problème de santé mentale;
- les dépenses consacrées aux organismes communautaires, dans chacune des régions, par rapport aux dépenses de santé mentale de la région.

Les résultats pour les indicateurs qui précèdent seront présentés de façon distincte pour le sexe masculin et le sexe féminin.

BIBLIOGRAPHIE

DORVIL, H., H. GUTTMAN, N. RICARD ET A. VILLENEUVE. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 1997, 264 p.

GAUTHIER, A. *Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements de la recherche évaluative*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection Études et analyses, n° 39, 1998, 49 p.

GAUTHIER, N., en coll. avec M. BERNIER. *L'implantation de deux services externes en santé mentale : éléments descriptifs. Hôpital de jour/centre de jour*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, collection Méthodologie et instrumentation, n° 10, 1996, 36 p.

INSTITUT PSYCHIATRIQUE CLARKE, UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ. *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, document de discussion, Ottawa, Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial, Santé Canada, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, avril 1997, 51 p.

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

POTVIN, N., en coll. avec R. PAQUET, L. BLANCHET, R. GENDRON, M. LEBEL, D. GRENIER et M.-T. ROBERGE. *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 159 p.

SANTÉ QUÉBEC et HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES. *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Faits saillants*, 1993.

TESSIER, L., et M. CLÉMENT, en coll. avec V. W. JOBIDON. *La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Défis des années 90*, Boucherville, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1992, 238 p.

LISTE DES INDIVIDUS, GROUPES ET ORGANISMES AYANT FAIT PART DE LEURS COMMENTAIRES SUR LES ORIENTATIONS RELATIVES À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Alliance pour les malades mentaux inc.
Association canadienne pour la santé mentale (Québec)
Association des dépressifs et maniaco-dépressifs
Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale
Association des hôpitaux du Québec
Association des parents de l'hôpital Rivière-des-Prairies
Association des psychiatres du Québec
Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
Thierry Boyer, centre hospitalier Pierre-Janet
Centrale de l'enseignement du Québec
Chercheurs en organisation des services de santé :
André-Pierre Contandriopoulos, Éric Latimer, Alain D. Lesage
Collège des médecins du Québec
Comité des bénéficiaires, centre hospitalier universitaire de Québec
Comité des usagers du centre hospitalier Pierre-Janet
Comité des usagers du centre hospitalier Robert Giffard
Comité des usagers du centre hospitalier Louis-H.-Lafontaine
Comité des usagers du centre hospitalier Douglas
Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Comité santé mentale et travail de Montréal
Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
Confédération des syndicats nationaux (CSN)
Conseil de la santé et du bien-être
Département de psychiatrie des universités de Laval, McGill, Sherbrooke et Montréal
Fédération des affaires sociales inc.
Fédération des CLSC du Québec
Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Fédération des médecins résidents du Québec
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
Institut Philippe-Pinel de Montréal
Vesta W. Jobidon, Association québécoise de réadaptation psychosociale
L’R des centres des femmes du Québec
La curatrice publique du Québec
Comité de mise à jour de la politique de santé mentale, Direction générale de la
planification et de l’évaluation, MSSS
Service de la condition féminine, cabinet du sous-ministre, MSSS
Mouvement des personnes d’abord, Drummondville
Office des personnes handicapées du Québec
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
Parrainage civique de la banlieue ouest, Montréal
Le RACOR en santé mentale
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec inc.
Service de police de la communauté urbaine de Montréal
Société québécoise de l’autisme
Syndicat canadien de la fonction publique
Syndicat québécois des employées et employés de services

