



**Paramètres organisationnels régionaux en évaluation et traitement
pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental
- Région de l'Outaouais -**

Document de support à l'implantation du projet clinique du programme-clientèle santé mentale



COORDINATION ET RÉDACTION

Le document *Paramètres organisationnels régionaux en évaluation et traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental – Région de l'Outaouais* est une production de la Direction des affaires médicales de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Coordination et rédaction

Marie-Hélène Gérôme, agente de programmation, de planification et de recherche
Direction des affaires médicales

Collaborations spéciales

Dr Guy Morissette, directeur des Affaires médicales
Direction des affaires médicales

Michel Cardinal, agent de programmation, de planification et de recherche
Direction de coordination régionale des ententes de gestion

Le Comité régional enfance-jeunes en santé mentale :

François Beaudry, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Dre. Danyielle Bertrand, CHPJ Marlyne Briand, CSSS des Collines Diane Brière, CSSS de Papineau Roger Brunette, Les Centres jeunesse de l'Outaouais Luc Cadieux, Les Centres jeunesse de l'Outaouais Cheryl Christensen, CSSS de la Vallée de la Gatineau Geneviève d'Amours, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais Nicolas Côté, Centre Jellinek Jean Gagné, CSSS des Collines	Dr. André Gagnon, CHPJ Dre. Henriette Fortin, CSSS de Gatineau Marie Hortas, CHPJ Norma Johns, CSSS de la Vallée de la Gatineau Angèle Lachance, CSSS de Gatineau Marc Lebel, CHPJ Guylaine Marcil, CSSS du Pontiac Denis Marengère, CSSS de Gatineau Isabelle Morin, CSSS de la Vallée de la Gatineau Julie Ruel, Pavillon du Parc
---	--

Soutien technique

Simone André, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Conception graphique

Sylvie Bélisle

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

Le genre masculin utilisé dans ce document l'est uniquement dans le but d'alléger le texte et peut aussi bien désigner les femmes que les hommes.

978-2-89577-042-8(version imprimée)

978-89577-043-5 (version pdf)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
LISTE DES TABLEAUX	7
PARTIE 1: MISE EN CONTEXTE.....	11
1 MISE EN CONTEXTE	12
1.1 <i>Création des réseaux locaux de services</i>	12
1.2 <i>Principes qui guident la création des réseaux locaux de services</i>	13
1.3 <i>Configuration des programmes-services.....</i>	14
1.3.1 <i>Programme-services santé mentale enfants et jeunes</i>	14
1.3.2 <i>Définitions de concepts</i>	16
2 PRÉSENTATION DU CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE DANS LE RÉSEAU LOCAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	19
2.1 <i>Définition des niveaux de services conformément au principe de hiérarchisation des services</i>	19
2.1.1 <i>Services de première ligne en santé mentale (services psychosociaux généraux et services spécifiques).....</i>	19
2.1.2 <i>Services de 2^e ligne de santé mentale (services spécialisés)</i>	20
2.1.3 <i>Services de 3^e ligne (services surspécialisés).....</i>	21
3 GAMME DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES.....	21
PARTIE 2 : ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL	23
1. ÉTAT DE SITUATION RÉGIONALE.....	24
1.1 <i>Portrait démographique</i>	24
1.1.1 <i>Évolution de la population de l'Outaouais entre 2001 et 2010</i>	24
1.1.2 <i>Données épidémiologiques.....</i>	24
2. TAUX DE CONSOMMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LE GROUPE ENFANCE-JEUNES EN OUTAOUAIS	26
2.1 <i>Sur le plan de l'évaluation et du traitement</i>	26
2.2 <i>Sur le plan des services hospitaliers</i>	27
3. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LE GROUPE ENFANTS-JEUNES EN OUTAOUAIS.....	28
3.1 <i>Constats quant à l'organisation des services de santé mentale pour le groupe enfance-jeunes ayant un trouble mental au Québec.....</i>	28
3.2 <i>Constats quant à l'organisation des services de santé mentale dans la région de l'Outaouais</i>	30
3.3 <i>Conditions favorables à la transformation des services de santé mentale en Outaouais</i>	32
PARTIE 3: ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN SANTÉ MENTALE.....	33
1. VISION ET ORIENTATION MINISTÉRIELLES EN SANTÉ MENTALE.....	34
1.1 <i>La Planification stratégique 2005-2010</i>	34
1.2 <i>Le Programme national de santé publique 2003-2012.....</i>	34
1.3 <i>Le plan d'action en santé mentale 2005-2010.....</i>	35
1.3.1 <i>Objectif général</i>	35
1.3.2 <i>Vision ministérielle.....</i>	35
1.3.3 <i>Priorités d'actions inscrites au Plan d'action en santé mentale 2005-2010.....</i>	37
1.3.4 <i>Gamme de services et priorités d'action pour le groupe enfants-jeunes.....</i>	37
2. INSCRIPTION DES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL DANS LE CONTINUUM DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE	38
2.1 <i>Actions ministérielles prioritaires</i>	40
2.2 <i>Normes requises pour le groupe enfants-jeunes.....</i>	41
2.3 <i>Ratio Intervenants/100 000 de population et état de situation (février 2007).....</i>	42
3. LIENS ENTRE LE PROJET CLINIQUE EN SANTÉ MENTALE ET LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN SANTÉ MENTALE	42
3.1 <i>Liens avec d'autres orientations ministérielles</i>	43

PARTIE 4: ORIENTATIONS REGIONALES EN SANTE MENTALE POUR LE GROUPE ENFANTS-JEUNES PRESENTANT UN TROUBLE MENTAL	45
1. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS	46
2. RÉPARTITION DE LA CLIENTELE PAR NIVEAU DE SERVICES	47
3. ORIENTATIONS REGIONALES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL 2007- 2010	49
3.1 <i>En matière d'accessibilité</i>	<i>49</i>
3.2 <i>En matière de continuité</i>	<i>50</i>
3.4 <i>En matière de qualité</i>	<i>51</i>
4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	51
4.1 <i>Le ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	<i>51</i>
4.2 <i>L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais</i>	<i>52</i>
4.3 <i>Les Centres de santé et de services sociaux (Volet CLSC – Services spécifiques par l'entremise des équipes de santé mentale 1^{re} ligne).....</i>	<i>52</i>
4.4 <i>Les services de pédopsychiatrie (CHPJ).....</i>	<i>54</i>
4.5 <i>Les autres établissements régionaux dont la mission première ne concerne pas les problèmes de santé mentale (Les Centres jeunesse de l'Outaouais, Le Pavillon du Parc, le Centre Jellinek, le Centre régional de réadaptation la RessourSe)</i>	<i>54</i>
4.6 <i>Les commissions scolaires.....</i>	<i>55</i>
4.7 <i>Les organismes communautaires.....</i>	<i>55</i>
 PARTIE 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS : COMMENT STRUCTURER UN MODELE D'ORGANISATION DE SERVICES HIERARCHISES POUR LES JEUNES EN SANTE MENTALE AU NIVEAU REGIONAL	 59
1. <i>L'EQUIPE DE SANTE MENTALE DE 1^{RE} LIGNE</i>	<i>60</i>
1.1. <i>Définition</i>	<i>60</i>
1.2. <i>Responsabilités des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne.....</i>	<i>60</i>
1.3. <i>Quelques conditions de réalisation pour assumer une prise en charge plus rapide par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne.....</i>	<i>62</i>
1.4. <i>Composition de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne</i>	<i>62</i>
2. <i>GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE 1^E LIGNE ET DE 2^E LIGNE.....</i>	<i>63</i>
2.1. <i>Définition du guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne.....</i>	<i>63</i>
2.2. <i>Objectif du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne et de 2^e ligne.....</i>	<i>63</i>
2.3. <i>Articulation du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne.....</i>	<i>63</i>
2.4. <i>Modalités de fonctionnement du guichet d'accès aux services spécifiques de santé mentale en 1^{re} ligne</i>	<i>64</i>
2.5. <i>Caractéristiques du guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne.....</i>	<i>64</i>
2.6. <i>Guichet unique versus Guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne</i>	<i>65</i>
2.7. <i>Conditions de réussite.....</i>	<i>66</i>
3. <i>L'IMPLICATION DE MÉDECIN OMNIPRATICIEN EN SANTE MENTALE.....</i>	<i>67</i>
3.1. <i>Orientation ministérielle.....</i>	<i>67</i>
3.2. <i>Rôle du médecin omnipraticien</i>	<i>67</i>
4. <i>LE PSYCHIATRE REpondant.....</i>	<i>69</i>
5. <i>LA FONCTION D'INTERVENANT PIVOT</i>	<i>69</i>
6. <i>LA FONCTION D'AGENT DE LIAISON</i>	<i>70</i>
7. <i>LE PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISE (PSI).....</i>	<i>70</i>
8. <i>ZONES DE COLLABORATION ENTRE L'EQUIPE DE SANTE MENTALE ET LES AUTRES PARTENAIRES.....</i>	<i>71</i>
8.1. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les médecins omnipraticiens</i>	<i>71</i>
8.2. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les programmes-services de 1^{re} ligne (hors programme santé mentale) pour un trouble mental au sein du CSSS (volet CLSC).....</i>	<i>72</i>
8.3. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les activités imputées au Programme-services Santé publique</i>	<i>73</i>
8.4. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le programme services psychosociaux généraux</i>	<i>74</i>
8.5. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le programme-services Jeunes en difficulté</i>	<i>74</i>
8.6. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne avec les services de pédiatrie</i>	<i>75</i>
8.7. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale et les services de pédopsychiatrie</i>	<i>76</i>
8.8. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les établissements œuvrant en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficience physique incluant les centres jeunesse.</i>	<i>77</i>
8.9. <i>Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les services intersectoriels</i>	<i>78</i>
8.10. <i>Zones de collaboration à développer à l'attention des jeunes en transition vers l'âge adulte.....</i>	<i>79</i>

PARTIE 6: ÉVALUATION ET SUIVI.....	81
1. SUIVI DES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	82
2. ÉVALUATION DES DÉPENSES ENTRE LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	82
3. SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES 2007-2010	82
4. INDICATEURS EN LIEN AVEC LE PROJET CLINIQUE DU PROGRAMME-CLIENTELE SANTÉ MENTALE.....	83
 CONCLUSION	 85
 BIBLIOGRAPHIE	 87
 ANNEXES	 91
ANNEXE 1 : DONNÉES SUR LA CONSOMMATION HOSPITALIÈRE DANS LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS 2004-2005	93
ANNEXE 2 : RATIO DES HOSPITALISATIONS EN SANTÉ MENTALE POUR LE GROUPE 0-17 ANS.....	95
ANNEXE 3 : CONSOMMATION HOSPITALIÈRE RÉGIONALE ET PROVINCIALE.....	96
ANNEXE 4 : TRAJECTOIRE DE SERVICE POUR UN JEUNE PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE OU UN TROUBLE MENTAL GRAVE OU MODÈRE	97
ANNEXE 5 : INDICATEURS DE SUIVI VISANT À MESURER L'IMPLANTATION DES PROJETS CLINIQUES POUR LE GROUPE ENFANTS-JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL	98

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Agence	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CHPJ	Centre hospitalier Pierre-Janet
CJO	Centres jeunesse de l'Outaouais
DRMG	Département régional de médecine générale
MELS	Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de service individualisé intersectoriel
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de services

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau synthèse : programme- services santé mentale	15
Tableau 2 : Gamme de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes.....	22
Tableau 3 : Évolution de la population 0-18 ans dans l'Outaouais.....	24
Tableau 4 : Prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.....	25
Tableau 5 : Services déployés au CHPJ	31
Tableau 6 : Clientèle visée et gamme de services	38
Tableau 7 : Continuum de services en santé mentale dans le réseau local de la santé et des services sociaux pour le groupe enfants et jeunes.....	39
Tableau 8 : Normes requises pour le groupe enfant et jeunes ayant un trouble mental.....	41
Tableau 9 : Ratio intervenants/100 000 de population et état de situation	42
Tableau 11 : Répartition des services pour enfants et jeunes ayant un trouble mental entre les CSSS et le CHPJ selon le principe de hiérarchisation des services.....	56

INTRODUCTION

L'accessibilité à une gamme diversifiée de services de 1^{re} ligne ainsi qu'à des services spécialisés de 2^e ligne en temps opportun et avec l'intensité requise constitue une difficulté majeure pour les parents ayant un enfant présentant une problématique de santé mentale, et ce, à l'échelle du Québec.

Afin d'améliorer cette situation sur le plan régional, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais (l'Agence) a identifié avec le concours des partenaires de la santé et des services sociaux de l'Outaouais des orientations sur le plan de l'évaluation et du traitement pour les enfants et les jeunes présentant un trouble mental qui tiennent compte aussi de l'implication de la famille notamment dans le processus de décision du traitement et du suivi. Ces orientations régionales se basent sur la vision ministérielle présentée dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – la force des liens* qui souligne l'importance d'assurer l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire¹.

Dès lors, le présent document *Paramètres organisationnels régionaux en évaluation et traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental – Région de l'Outaouais* présente des paramètres organisationnels permettant d'actualiser les orientations régionales en santé mentale afin de soutenir les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ) et leurs partenaires dans la mise en place d'une partie du continuum de services de santé mentale en mettant exclusivement l'accent sur l'évaluation et le traitement pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental ou en voie d'être diagnostiqués pour un trouble mental.² Il est à spécifier que **la mise en place des services d'évaluation et de traitement pour les jeunes s'inscrit dans une organisation hiérarchisée de services visant à améliorer l'accès aux services de 1^{re} ligne où le CSSS constitue la porte d'entrée principale à ce type de services afin de réserver l'accès aux services de pédopsychiatrie et d'adopsychiatrie pour la clientèle qui requiert un niveau de services plus spécialisés. Cette mesure ne peut s'actualiser pleinement que si elle repose sur une pratique de soins basée sur la collaboration entre les différents partenaires et les différents niveaux de services.**

Notre démarche respectera l'ordre des points suivants :

- 1- Mise en contexte
- 2- État de situation régional
- 3- Orientations ministérielles en santé mentale
- 4- Orientations régionales en santé mentale pour le groupe enfants-jeunes présentant un trouble mental

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 pages

² La planification des services de santé mentale pour les jeunes feront l'objet de travaux futurs et recouvriront les dimensions suivantes :

- Les services de promotion de la santé et de prévention à l'attention des jeunes
- Les services psychosociaux pour les jeunes présentant des difficultés d'adaptation
- Les services liés à la problématique du suicide
- Les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux présentant un diagnostic de comorbidité, de trouble concomitant ou mixte

- 5- Paramètres organisationnels : comment structurer un modèle d'organisation de services hiérarchisés pour les jeunes en santé mentale au niveau régional
- 6- Évaluation et suivi

PARTIE 1: MISE EN CONTEXTE

- **Brève présentation du programme-services santé mentale**
- **Présentation du continuum de services santé mentale dans le réseau local de santé et de services sociaux**

1 MISE EN CONTEXTE

1.1 Création des réseaux locaux de services

Le gouvernement du Québec adoptait, le 18 décembre 2003, la *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25) qui vient actualiser le projet ministériel d'intégration des services avec la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS).

Dans le cadre de cette loi, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, devenue les agences de la santé et des services sociaux, ont pour mandat, dans un premier temps, de définir un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés pour l'ensemble de chaque territoire³. L'implantation de ces réseaux vise à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement des clientèles dans le système de soins et de services.

Dans un deuxième temps, chacune des instances locales ainsi créées doit procéder à l'élaboration et à la mise en oeuvre de projets cliniques répondant au profil des besoins des différentes clientèles. Ces projets devront aussi prévoir les modalités organisationnelles favorisant l'intégration des services ainsi que les mécanismes d'accès aux services spécialisés et surspécialisés.

Les réseaux locaux de services sont conçus comme un ensemble de partenaires placé sous la gouverne d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui avec la collaboration de leurs partenaires fournissent ou prennent des dispositions pour assurer un continuum coordonné de services à la population d'un territoire donné. Ces réseaux locaux devront offrir une gamme complète de services allant de la promotion de la santé aux services d'hébergement et de soins de longue durée, en passant par les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de réadaptation pour la population en général ainsi que pour des clientèles spécifiques (ex : santé mentale, toxicomanie, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, etc.).

³ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (2004). *Une vision intégrée du réseau Outaouais. Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services : proposition de configuration des territoires et des instances locales*. Gatineau, 59 pages plus annexes.

Les objectifs poursuivis par le projet ministériel d'intégration des services sont les suivants :

- permettre l'accès à une large gamme de services à proximité du milieu de vie;
- faciliter la prise en charge, l'accompagnement et le soutien;
- éviter le dédoublement de services;
- assurer une meilleure continuité des services (moins de fragmentation) et une meilleure fluidité des clientèles dans le système de santé (cheminement sans rupture de services);
- offrir une meilleure coordination entre les services locaux (1^{re} ligne), spécialisés (2^e ligne) et surspécialisés (3^e ligne) par des procédures de suivi, la mise en place de mécanismes de référence et de transfert entre les producteurs de services.

1.2 Principes qui guident la création des réseaux locaux de services

Pour parvenir à cette fin, deux principes subordonnent l'organisation des réseaux locaux de services soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent.⁴

La hiérarchisation des services implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne.

Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en œuvre de mécanismes bidirectionnels assurant la référence vers le service adéquat mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, document principal, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Octobre 2004, p. 11.

⁵ *Id.*, p. 11.

un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.⁵

À terme, les réseaux locaux de services doivent assurer à la population d'un territoire donné un accès à une gamme complète de services de proximité. À cet effet, l'implantation de mécanismes de référence pour faciliter l'accès aux services de base et spécialisés ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes pendant l'épisode de soins jusqu'à leur retour dans la communauté doit être planifiée.

1.3 Configuration des programmes-services

Au cours de l'année 2004, le MSSS présentait la nouvelle configuration des programmes en identifiant des programmes-services, dont la santé mentale, qui maintenant remplacent les programmes clientèles. Le découpage par programme-services vise à favoriser la mise en place de continuum de services selon une approche populationnelle. Le programme-services se définit ainsi :

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisés dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou encore aux besoins d'un groupe de personnes qui partagent une problématique commune⁶ (Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, MSSS, Janvier 2004)

1.3.1 Programme-services santé mentale enfants et jeunes

Le Programme-services santé mentale s'adresse à toute clientèle (enfants, jeunes et personnes de plus de 18 ans) dont la santé mentale est perturbée (versus menacée) par un trouble grave ou modéré. L'accent sera cependant mis dans le présent document sur l'offre de services pour les enfants et les jeunes ayant un problème de santé mentale allant de léger à plus grave.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux

Tableau 1 : Tableau synthèse : programme- services santé mentale

TABLEAU SYNTHÈSE – PROGRAMME-SERVICES SANTÉ MENTALE

LE PROGRAMME-SERVICES

<i>Population clientèle visée</i>	<i>Objectifs généraux</i>
Les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant des troubles mentaux modérés ou graves.	Offrir l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire.

LES ASSISES EN LIEN AVEC LES ENFANTS ET LES JEUNES

<i>Orientations ministérielles – Document principal</i>	<i>Autres documents de référence</i>
<i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.</i>	▪ <i>Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie.</i> ▪ <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui</i> ▪ <i>Loi de la protection de la jeunesse</i>

LES INTERFACES

<i>Interaction avec les autres Programmes-services</i>	<i>Contribution des partenaires</i>
▪ Santé publique ▪ Services généraux ▪ Jeunes en difficulté ▪ Dépendances ▪ Déficience intellectuelle ▪ Santé physique ▪ Perte d'autonomie liée au vieillissement	De nombreux partenaires sont interpellés : les personnes utilisatrices, les familles et les proches, les organismes communautaires, les thérapeutes en clinique privée, les omnipraticiens et les pédiatres, les GMF, les CSSS, les CH et les CHSPY. Les partenaires intersectoriels sont principalement issus des secteurs tels que le logement, l'éducation, la justice et le milieu scolaire

LES MÉCANISMES DE SUIVI

<i>Imputabilité – Ententes de gestion</i>	<i>Monitorage – Évaluation</i>
▪ Offrir des services de 1^{re} ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes	- Les ententes de gestion et d'imputabilité - Un processus d'inventaire de l'offre de services en santé mentale communément appelé le système OASIS a démarré en mars 2006.

1.3.2 Définitions de concepts

La définition de concepts pour distinguer **la santé mentale** versus **le trouble mental** s'avère importante puisqu'elle vient déterminer dans une certaine mesure le niveau de services requis où la clientèle doit être référée (svp. Voir section 2.1.1).

a) Santé mentale

De façon générale, **la santé mentale** est définie comme un état d'équilibre psychique qui résulte des interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs réfèrent respectivement aux composantes génétiques et physiologiques, aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, ainsi qu'aux facteurs situant la personne dans un environnement et en constante relation avec son milieu⁷.

Une bonne santé mentale résulte d'une adaptation réciproque de la personne et de son milieu. Toute condition qui nuit à cette adaptation, tel que la pauvreté et la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. Inversement, toute condition qui vient faciliter l'adaptation, comme un environnement sain, la répartition équitable de la richesse collective et l'accès à une éducation de qualité, favorise et soutient la santé mentale. Dans ce contexte, un problème de santé mentale fait référence « aux capacités réduites – cognitives, émotives, attentionnelles, interpersonnelles, motivationnelles ou comportementales – qui empêchent de jouir de la vie ou nuisent aux interactions de celui ou celle qui en souffre avec la société et l'entourage. La faible estime de soi-même, la frustration ou l'irritabilité fréquente, le stress et l'inquiétude excessive sont autant de problèmes courants de santé mentale⁸ ».

Ce type de problèmes se distingue des **troubles mentaux** qui, eux, entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives, relationnelles de l'individu. Ce type de problèmes fait plus appel à des services de traitement et de réadaptation alors que les problèmes de santé mentale nécessitent plus des interventions relevant des services psychosociaux généraux incluant des activités de prévention et de promotion.

⁷ COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 1994, p.7-9.

⁸ COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec, 1994, p.7-9.

b) Trouble mental grave ou modéré

Les troubles mentaux se définissent comme des manifestations de dysfonctionnements biologiques ou psychologiques. Ces dysfonctionnements se traduisent par des symptômes :

- émotionnels;
- cognitifs;
- comportementaux;
- somatiques⁹

c) Classification des troubles mentaux

De façon générale, les troubles mentaux sont qualifiés de **graves** « lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base (...). Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'une des sphères dominantes de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves¹⁰

Les troubles mentaux sont qualifiés de **modérés** « s'ils répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. Les troubles mentaux modérés sont donc généralement moins handicapants que les troubles mentaux graves. Par contre, ils sont beaucoup plus fréquents. De plus, on observe qu'ils sont en augmentation¹¹.»

Relativement aux enfants et aux jeunes, les troubles mentaux peuvent être regroupés en quatre registres en fonction de la façon dont les symptômes se manifestent :

- **1^{er} registre symptomatique** : troubles anxieux et dépressifs. Il y a prédominance des symptômes émotionnels;
- **2^e registre symptomatique** : déficit de l'attention/hyperactivités, trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Il y a dans ces troubles prédominance de problèmes de comportement;
- **3^e registre symptomatique** : troubles de contrôle sphinctérien, les troubles des conduites alimentaires et les tics. Il y a dans ces cas prédominance de symptômes somatiques;

⁹ COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie, Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, Rapport 1, 2004, Senate – Sénat Canada, www.parl.gc.ca

¹⁰ GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, p. 2.

¹¹ *Idem.*, p.40

- **4^e registre symptomatique:** schizophrénie, troubles bipolaires, troubles du développement, dont le trouble envahissant du développement et le retard mental. Il s'agit des troubles les plus graves où toutes les catégories de symptômes se révèlent à peu près également présentes.¹²

Soulignons pour ce groupe d'âge, principalement pour les enfants d'âge préscolaire, la complexité de poser un diagnostic chez les personnes dont le développement est en cours d'évolution. Certes, l'immaturation et la rapidité du développement, la fluidité des manifestations des troubles mentaux et l'importance des contextes relationnels influent sur la classification des troubles mentaux et la mesure des symptômes.¹³ Ceci nécessite en termes d'organisation de services de prêter une attention particulière aux services d'évaluation pour ce groupe d'âge en privilégiant notamment des expertises multiples (biopsychosociales)¹⁴. Par ailleurs, et pour les enfants et les jeunes, les troubles mentaux n'évoluent pas selon une trajectoire prévisible et continue, ce qui pose un défi quant à la continuité des services rendue complexe notamment par le phénomène de comorbidité, de concomitance et de diagnostic mixte¹⁵

d) Définitions complémentaires¹⁶

Par **comorbidité**, on entend la présence de deux maladies chez une même personne qu'il s'agisse de deux troubles mentaux différents ou d'un trouble mental et d'une maladie physique.

Le terme **troubles concomitants** s'applique le plus souvent lorsqu'une personne présente simultanément un problème de santé mentale et un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. L'un pouvant apparaître avant l'autre et en être un facteur de risque comme l'utilisation excessive de psychotropes pouvant constituer un facteur de risque de dépression. Inversement, la présence d'une dépression peut susciter le recours à des substances psychoactives.

Par **diagnostic mixte**, on fait référence aux personnes qui ont un problème de santé mentale ou une maladie mentale et une déficience de développement. Notons qu'il demeure encore difficile de poser un diagnostic mixte.

Le comportement suicidaire est le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs comme les facteurs de stress aigus et le fait de vivre des événements difficiles (ex : la perte d'un proche), de symptômes liés à un épisode grave de maladie mentale ou de trouble lié à l'usage de substances psychoactives (psychose, dépression), de traits de personnalité ou de circonstances sociales et/ou économiques difficiles ou source de stress. De nombreuses études démontrent l'association étroite entre les troubles mentaux et le suicide. L'organisation des services devra mettre

¹² BRETON, Jean-Jacques et Jean-Pierre-Valla, « Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches », dans GAGNON, André, Dr. et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, pp. 2-3.

¹³ Id. p.9.

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens, Québec, 2005, p. 30.

¹⁵ COMITE SENATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *op. cit*

¹⁶ COMITE SENATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *op. cit*

l'accent sur la réponse aux besoins des personnes présentant un potentiel suicidaire élevé. Ces personnes sont celles qui sont généralement aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des problèmes de dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait une tentative de suicide.

Le comportement suicidaire comprend trois formes :

- Le suicide complété (décès par suicide);
- Les tentatives de suicide (y compris l'automutilation);
- L'idéation suicidaire (pensées suicidaires).

2 PRESENTATION DU CONTINUUM DE SERVICES EN SANTE MENTALE DANS LE RESEAU LOCAL DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

2.1 Définition des niveaux de services conformément au principe de hiérarchisation des services

Le MSSS mise sur l'intégration des services, à l'intérieur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux comme mode d'organisation dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population. L'actualisation de ce mode d'organisation passe par la consolidation/développement des services de 1^{re} ligne rapidement accessibles pour l'ensemble de la population. Cette orientation devrait permettre aux services de 2^e et 3^e lignes d'offrir des soins à la population qui requiert ces niveaux de services, et ce, conformément au principe de hiérarchisation des services. Ce principe implique l'amélioration de la complémentarité entre les différents niveaux de services pour faciliter le cheminement de la clientèle suivant des mécanismes de référence ou des ententes de services. Cela implique aussi la mise en œuvre de **mécanismes bidirectionnels** assurant la référence vers les services spécialisés mais aussi la planification de retour de la personne dans son milieu de vie avec l'appui des services de 1^{re} ligne¹⁷.

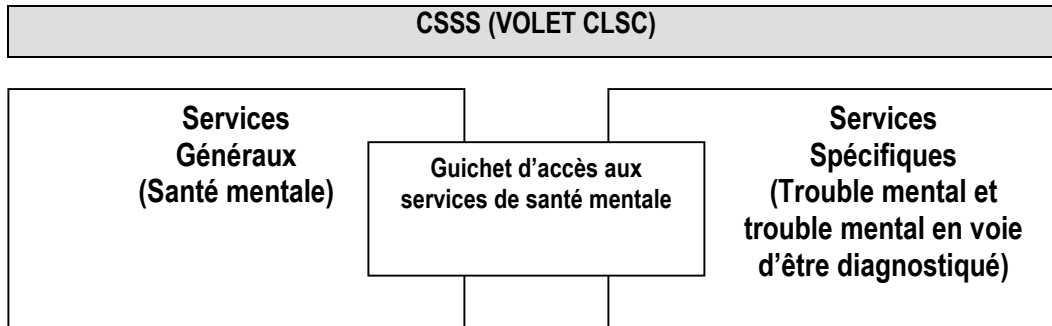
2.1.1 Services de première ligne en santé mentale (services psychosociaux généraux et services spécifiques)

Caractéristiques des services de 1^{re} ligne

- Les services de 1^{re} ligne constituent la principale porte d'entrée pour l'évaluation, le traitement et le soutien des personnes ayant un problème de santé mentale ou un trouble mental ainsi que pour le soutien à apporter à la famille et l'entourage vivant avec un enfant présentant une telle problématique;
- Les services de 1^{re} ligne font référence aux services de CSSS (services généraux et services spécifiques de 1^{re} ligne), aux cabinets de médecins omnipraticiens, aux groupes de médecine familiale (GMF), aux psychologues, aux organismes communautaires, à l'intersectoriel (commissions scolaires, services policiers, affaires municipales);
- Les services de 1^{re} ligne (volet CLSC) regroupent deux grands types de services :

¹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique, cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, document principal, Québec, 2004, p. 11.

- o **Les services généraux** (médicaux et psychosociaux) qui s'adressent à l'ensemble de la population, dont les clientèles avec un problème de santé mentale;
- o **Les services spécifiques** qui s'adressent à des clientèles vulnérables et à des clientèles particulières, dont les clientèles ayant un trouble mental.



Nous convenons que les réalités territoriales peuvent faire en sorte que le continuum de services de santé mentale diffère d'un réseau local de services de santé et de services sociaux à un autre. **Mais, un accès bien identifié aux services de santé mentale en 1^{re} ligne où se font l'évaluation et l'orientation de la demande de services (à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne ou aux services de 2^e ligne) est un incontournable.**

2.1.2 Services de 2^e ligne de santé mentale (services spécialisés)

Caractéristiques des services de santé mentale de 2^e ligne

- Les services spécialisés de santé mentale de 2^e ligne répondent à des problématiques complexes et requièrent dans la très grande majorité des cas une référence pour y avoir accès. D'autre part, ils agissent en soutien auprès des services de 1^{re} ligne et font appel à une expertise spécialisée et multidisciplinaire.
- Les services de santé mentale de 2^e ligne font référence à l'urgence hospitalière, l'hospitalisation, l'évaluation et le traitement spécialisés, ainsi que l'hébergement spécialisé et la réadaptation, la consultation-liaison et la formation
- Les CSSS doivent, de concert avec les établissements de 2^e ligne, convenir d'ententes de services afin d'assurer l'accès aux services spécialisés lorsque l'état mental de la personne le justifie soit en raison du besoin d'une expertise pointue ou d'une intensité de services. L'entente de services doit spécifier les modalités d'organisation quant aux retours du client de la 2^e vers la 1^{re} ou de la 3^e vers la 2^e ligne (mécanismes bidirectionnels).

2.1.3 Services de 3^e ligne (services surspécialisés)

Caractéristiques des services de 3^e ligne

- Les services surspécialisés ou de 3^e ligne sont offerts à une clientèle ayant des problèmes de santé mentale très complexes dont la prévalence est plus faible et exigeant un encadrement spécialisé. Ils sont généralement offerts sur une base suprarégionale ou nationale et sont concentrés dans un nombre restreint d'endroits en raison du faible volume d'activité;
- Les services surspécialisés font référence à l'évaluation, le traitement, l'hospitalisation et la réadaptation ultraspécialisés, l'enseignement et la recherche;
- Le traitement surspécialisé doit être accessible à toutes les personnes qui le nécessitent par l'entremise d'ententes entre les milieux pour des activités de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies. Ces ententes doivent inclure un aspect bidirectionnel afin de permettre à la personne traitée en 3^e ligne d'être réorientée vers la 2^e ligne ou la 1^{re} ligne dès que son état mental le permet. Les cliniciens des services surspécialisés doivent aussi assurer un rôle de formateur auprès des équipes de 2^e ligne¹⁸.
- Les services de 3^e ligne sont déterminés par le MSSS, identifiés par les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires. La région de l'Outaouais relève du RUIS McGill et collabore avec les services hospitaliers de la région d'Ottawa.
- Les seuls services reconnus à l'échelle provinciale pour l'évaluation et le traitement d'adolescents présentant de graves problèmes de violence et d'abus sexuels sont accessibles à l'Institut Philippe Pinel.

3 GAMME DE SERVICES EN SANTE MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES

Le tableau suivant reprend la gamme de services à l'attention des enfants et des jeunes ayant un trouble mental par niveaux de services. Cette gamme doit être accessible à partir de chaque réseau local de services.

¹⁸ *Ibid.*, p. 47.

Tableau 2 : Gamme de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes

Niveaux de services	Gamme de services	
1 ^{re} ligne	Jeunes en général - Diffusion d'information sur la promotion/prévention - Activités de prévention/promotion - Accueil et évaluation globale des besoins (médicaux et psychosociaux) - Dépistage et intervention précoce - Intervention en situation de crise dans le milieu de vie des jeunes incluant la prévention du suicide incluant l'aide aux familles.	
	Enfants et jeunes ayant un trouble mental Évaluation, diagnostic et impression diagnostic, orientation, traitement, suivi thérapeutique -Services d'hébergement/crise suicidaire -Services d'expertise-conseil auprès des services dont la santé mentale n'est pas le mandat principal -Services d'intégration au travail et soutien aux études - Loisirs	
	Soutien aux familles -Évaluation des besoins globaux -Services de répit-dépannage -Soutien et services d'entraide destinés aux parents et la formation des parents	
2 ^e ligne	Enfants et jeunes ayant un trouble mental ou un trouble mentale et une autre problématique -Évaluation et diagnostic -Traitement des personnes ayant les symptômes les plus graves - Hôpital de jour et de soir en pédopsychiatrie et adopsychiatrie - Hospitalisation de courte durée en pédiatrie - Hospitalisation comme mesure d'exception (observation, stabilisation, traitement) - Réadaptation spécialisée - Services d'hébergement et de réadaptation en santé mentale - Activités de soutien et réadaptation en centre jeunesse; -Services de consultation-liaison et d'expertise-conseil auprès des intervenants de 1^{re} ligne, du milieu scolaire, des centres jeunesse, des omnipraticiens, des pédiatres et des établissements de 2^e ligne n'ayant pas la santé mentale comme mandat principal - Formation, enseignement	
3 ^e ligne	- Évaluation et traitement ultra-spécialisés - Hospitalisation surspécialisée - Hébergements ultra-spécialisés en santé mentale - Réadaptation surspécialisée	-Support aux intervenants en 2^e ligne - Formation/enseignement

PARTIE 2 : ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL

- **Données épidémiologiques**
- **Taux de consommation**
- **Organisation des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes en Outaouais**

1. ÉTAT DE SITUATION REGIONAL

1.1 Portrait démographique

Selon les données de population basées sur les données de recensement de 2001 de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population de l'Outaouais âgée de 0 à 18 ans connaîtra une baisse de croissance démographique comme l'indique le tableau suivant. Ce constat peut laisser présumer que la demande de services de santé mentale suivra, dans une certaine mesure, les courbes démographiques. Toutefois, d'autres facteurs que démographiques entrent en ligne de compte pour déterminer une organisation de services de santé mentale qui réponde à l'ensemble des besoins d'un groupe d'âge donné.

1.1.1 Évolution de la population de l'Outaouais entre 2001 et 2010

Tableau 3 : Évolution de la population 0-18 ans dans l'Outaouais

Outaouais	2001	2005	2010
CSSS Gatineau	49 033	48 382	44 882
CSSS Pontiac	4619	4227	3773
CSSS des Collines	6649	7105	6808
CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	4237	3999	3835
CSSS Papineau	11130	10953	10 210
	75 668	74 666	69 508

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ, Projections de la population du Québec, selon le territoire de CLSC, le sexe et certains groupes d'âge, au 1^{er} juillet 2001 à 2026, janvier 2005.

1.1.2 Données épidémiologiques

En termes d'organisation de services, il est parfois difficile d'une part de reconnaître les enfants présentant un trouble mental ou qui risquent d'en développer un, et d'autre part, de poser un diagnostic compte tenu que le développement est en constante évolution avant la vingtaine. Cet état de fait peut, dans certaines situations, présenter des problèmes quant à l'orientation vers le niveau de services requis.

Ajouté à ce constat, nous ne disposons encore que de peu de données épidémiologiques pour ce groupe d'âge. Par conséquent, nous nous référons aux données d'une étude effectuée pour le compte du ministère des Enfants et du Développement des familles de la Colombie-Britannique, qui soulignent que 15 % des enfants et des jeunes souffrent de troubles mentaux.¹⁹ Au Québec, cela équivaut à plus de 230 000 enfants et jeunes.

¹⁹ WADDELL, C et C.SHEPHERD, *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth, Vancouver, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, University of British Columbia, 2002, p.3*

Prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents²⁰

Tableau 4 : Prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

Troubles mentaux	Taux de prévalence (6%)	Nombre approximatif sur le plan pancanadien
Trouble d'anxiété	6,5	513 780
Troubles des conduites	3,3	260 842
TDAH	3,3	260 842
Trouble dépressif	2,1	165 990
Consommation de substances psychoactives	0,8	63 234
Troubles envahissants du développement	0,3	23 713
Trouble obsessionnel/compulsif	0,2	15 809
Schizophrénie	0,1	7 904
Syndrome de la Tourette	0,1	7 904
Trouble de l'alimentation	0,1	7 904
Trouble bipolaire	Moins de 0,1	Moins de 7 904
TOUT TROUBLE MENTAL CONFONDU	15%	1 185 645

Pour la région de l'Outaouais, nous pouvons établir qu'en 2006, près de 11 000 enfants peuvent présenter un trouble mental. Il est estimé à 10 426 en 2010 compte tenu d'une diminution prévue de ce groupe d'âge. (Voir tableau 3).

Selon Breton et Valla, dans le cadre de l'enquête québécoise auprès de 2400 jeunes, il a été démontré que les garçons de 5 à 11 ans présentent plus de troubles avec prédominance de symptômes comportementaux que les filles du même groupe d'âge. Les filles de 12 à 14 ans présentent plus de troubles anxieux et dépressifs que les garçons de ce groupe d'âge. Il est à spécifier cependant que tous les troubles mentaux n'entraînent pas nécessairement de problèmes d'adaptation que ce soit à la maison, à l'école ou les amis.²¹

Autre donnée importante à prendre en compte dans l'organisation des services de santé mentale, est l'incidence des troubles psychiatriques dans la population pédiatrique qui se situe à 6,8%. Plus précisément, pour les enfants ayant une incapacité chronique n'affectant pas le cerveau, elle est de 11,5% et de 34,3% chez lesquels le cerveau est touché, tels

²⁰ *Id.*

²¹ BRETON Jean-Jacques et Jean-Pierre VALLA, « Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réaction des proches », dans GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, pp.9-10.

les enfants épileptiques.²² Dans ce contexte, les parents sont amenés à avoir recours aux services de pédopsychiatrie en raison de comportements agressifs qui sont le résultat d'un désordre ou d'une immaturité neurologique.²³

En matière de données quant à la prévalence des troubles mentaux associée à une autre problématique, nous ne disposons pas de données suffisantes qui nous permettent d'évaluer clairement l'ampleur de la situation. ²⁴

2. TAUX DE CONSOMMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LE GROUPE ENFANCE-JEUNES EN OUTAOUAIS

La présente partie a pour objectif de faire état des taux de consommation des services de santé mentale afin de nous permettre d'amorcer un questionnement quant au niveau d'accessibilité des services par niveau de ligne et par conséquent, de prendre en compte certaines situations qui nécessitent des ajustements en termes d'organisation de services. À cette étape-ci, il est souhaité avoir accès à des méthodologies encore plus développées afin de nous permettre de mesurer plus adéquatement le nombre d'enfants desservis par la 1^{re} ligne versus la 2^e ligne. Toutefois, les données dont nous disposons actuellement nous permettent de faire un premier niveau d'analyse quant à la prise en charge des enfants et des jeunes par la première ligne versus la deuxième ligne.

2.1 Sur le plan de l'évaluation et du traitement

En 1^{re} ligne

En se référant aux cibles des ententes de gestion et d'imputabilité 2005-2006, les CSSS en Outaouais n'ont atteint que 58 % de la cible à atteindre en matière de services d'évaluation et de traitement, soit l'équivalent de 164 jeunes rencontrés en 2005-2006 (période 13), alors que le MSSS avait fixé la cible à 283²⁵. En 2006-2007, selon le système I-CLSC, les CSSS ont desservi plus d'enfants et de jeunes par rapport à l'année précédente. Toutefois, en milieu urbain, à la différence des territoires périphériques, l'accessibilité aux services de 1^{re} ligne demeure encore très limitée.

Évolution de la cible 1.8.1 : Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)

2005-2006			2006-2007	
Cible	Résultats P.8	Résultats P.13	Cible	Résultats P.11
283 enfants et jeunes	91 (32,5%)	164 enfants et jeunes (57,9%)	375 enfants et jeunes	217 (57,86%)

²² LEFEBVRE, Arlette, « Handicaps et maladies chroniques » dans GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, pp.330-331.

²³ Id.

²⁴ Une recherche menée au Québec indique qu'il y a entre 12 à 34% des jeunes qui présentent plus d'un trouble mental dans BRETON Jean-Jacques et Jean-Pierre VALLA, « Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réaction des proches », dans GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal p.9.

²⁵ Données provenant du système GESTRED-OASIS 2005-2006 pour l'indicateur 1.8.1

En 2^e ligne

Nombre d'enfants ayant reçu des services de 2^e ligne par code diagnostique CLSC

2005-2006		2006-2007	
1 259 (P.8)	1 638(P.13)	1138 (P.8)	1330 (P.11)

En revanche, le nombre de clients souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 2^e ligne pour la même période s'élève à 1 638 en 2005-2006²⁶. Par conséquent, sur le nombre total d'enfants et de jeunes recevant des services pour un trouble mental, il apparaît que seulement 15,5 % de ce groupe d'âge sont desservis par les services de 1^{re} ligne et près de 85 % par les services de 2^e ligne.

2.2 Sur le plan des services hospitaliers

Dans la région de l'Outaouais, en matière d'hospitalisation en santé mentale pour le groupe 0-17 ans, en s'appuyant sur les données 2004-2005 selon une catégorisation CIM-9 et DSM IV²⁷ il ressort que (voir annexe 1)

- Les raisons d'hospitalisation principales sont les *troubles anxieux et névrotiques* autant chez les filles que chez les garçons pour un total de 71 hospitalisations en 2004-2005 ;
- Le nombre d'hospitalisation selon la catégorisation *Autres troubles non classés ailleurs* est la deuxième raison d'hospitalisation (63 hospitalisations pour 2004-2005) après les *troubles anxieux et névrotiques* ;
- En revanche, sur le plan des *psychoses alcooliques et dues aux drogues*, ainsi que *l'abus de drogues et dépendances*, le nombre est plus que marginal;
- Par rapport à la proportion de jeunes pris en charge par les services de 1^{re} ligne versus les services de 2^e ligne (CHPJ), en 2004-2005, sur 225 hospitalisations, 109 avaient lieu dans un centre hospitalier de courte durée contre 117 en 2^e ligne. Pour la 2^e ligne, comme pour la 1^{re} ligne, les raisons d'hospitalisations sont *Autres troubles non classés ailleurs* et les troubles anxieux et névrotiques;
- Le nombre d'hospitalisations pour le groupe d'âge de 0-17 ans pour troubles mentaux selon une catégorisation CIM9- DSM-IV représente 8,9% de l'ensemble des hospitalisations pour un trouble mental.

En procédant au calcul du ratio des hospitalisations qui est défini par le rapport entre la part relative (%) des hospitalisations en soins psychiatriques de courte durée dans un territoire donné et la part relative (%) de la population

²⁶ Données provenant du système GESTRED-OASIS 2005-2006.

²⁷ Au Canada, la classification des maladies mentales respecte soit le *Diagnosis and statistical Manual of Mental disorders* (DSM) publié par l'American Psychiatric Association, soit la section sur la santé mentale de la *Classification internationale des maladies* (CIM), publiée par l'Organisation mondiale de la santé. Chacun des systèmes de classification recense plus de 300 troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Les principaux regroupements des diagnostics de troubles mentaux sont : les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, phobies, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif et syndrome de stress post-traumatique), les troubles psychotiques (schizophrénie et trouble schizo-affectif), les troubles de l'alimentation (anorexie et boulimie), les troubles de la personnalité et les troubles cognitifs (démence et délire provoqué par diverses causes).

de ce territoire, nous sommes en mesure d'évaluer si la proportion des hospitalisations pour un groupe d'âge est supérieure au poids démographique pour un même groupe d'âge. Un ratio supérieur à 1 signifie que la proportion des hospitalisations d'un groupe est plus élevée que son poids démographique dans un territoire donné (Voir annexe 2).

Les constats au niveau régional sont les suivants à partir des données disponibles en 2004-2005:(Voir annexe 2) :

- La proportion des hospitalisations du groupe 0-12 ans par rapport au poids démographique est élevée à Hull. Il en est de même dans la Vallée-de-la-Lièvre, alors que dans ce territoire, le ratio est inférieur à 1 pour tous les autres groupes d'âge;
- Pour le groupe 13-17 ans, la proportion des hospitalisations du groupe d'âge par rapport au poids démographique est supérieure à 1 dans les territoires suivants : Grande-Rivière, Gatineau, Vallée-de-la-Gatineau et Petite-Nation. En revanche, le nombre de jeunes hospitalisés est peu élevé par rapport au poids démographique dans le Pontiac et les Collines et inférieur à 1 dans la Vallée-de-la Lièvre.

La région de l'Outaouais par rapport aux autres régions

- Les données présentées à l'annexe 3 démontrent que le taux d'hospitalisation en santé mentale est très élevé en Outaouais par rapport aux autres régions du Québec. En effet, relativement au nombre d'hospitalisations en santé mentale, l'Outaouais se situe en 5^{ème} position. Quant au nombre de jours d'hospitalisation en santé mentale, la région se situe en 3^{ème} position.

La situation présentée ci-dessus, à partir des données sur les taux de consommations fait ressortir, que, dans l'Outaouais la prise en charge de la clientèle ayant un trouble mental et âgée de moins de 18 ans est plus assurée par les services de 2^e ligne que par les services de 1^{re} ligne. Ces constats viennent justifier la pertinence sur le plan régional d'assurer un réseau de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes selon le principe de hiérarchisation des services de santé mentale afin de répondre plus rapidement aux besoins des enfants et de leur famille et donc limiter le recours à l'hospitalisation.

3. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE MENTALE POUR LE GROUPE ENFANTS-JEUNES EN OUTAOUAIS

3.1 Constats quant à l'organisation des services de santé mentale pour le groupe enfance-jeunes ayant un trouble mental au Québec²⁸

À la grandeur du Québec, des mesures ont été déployées pour répondre à l'ensemble des besoins des enfants, des jeunes et de leur famille en santé mentale. L'importance d'intervenir tôt, notamment dans les territoires les plus

²⁸ Certains des constats sont issus des documents suivants : Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, *Avis, Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*, mars 2003; Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Offre de services de première ligne en santé mentale, Le programme de santé mentale de 1^{re} ligne pour la clientèle jeunesse*, août 2004.

défavorisés, par le déploiement de services de santé mentale en 1^{re} ligne, a été soulignée. Il reste encore des écarts à combler. À cet effet, l'identification de certains constats doit orienter l'offre de services pour le groupe enfants-jeunes ayant un trouble mental et qui sont les suivants :

- En raison des services peu développés au niveau de la 1^{re} ligne, l'accès aux services spécialisés pour une évaluation et un traitement pour les jeunes présentant des troubles mentaux nécessitant ces services connaît des engorgements;
- Le transfert direct de la clientèle vers les services spécialisés en provenance des cabinets de médecins et du milieu scolaire sans passer par les services de 1^{re} ligne des CSSS pour une première évaluation a pour effet d'exercer des pressions sur les services spécialisés et donc d'augmenter les délais d'attente;
- Il existe peu de formes de soutien pour les parents lors de l'annonce d'un diagnostic d'un trouble mental ainsi que sur le plan du développement des compétences parentales;
- Les arrimages entre les différents prestataires de services par, entre autres, des pratiques de référence et de suivi plus standardisées (ex : entre les omnipraticiens et les services de santé mentale de 1^{re} ligne) nécessitent une meilleure articulation afin d'assurer une continuité de services;
- Le manque de liens entre les services de 1^{re} ligne et les omnipraticiens a pour effet de limiter le nombre d'évaluations conjointes en santé mentale;
- Le manque de soutien aux enfants et aux jeunes dont l'un des parents présente un trouble mental;
- Le manque de continuité sur le plan des services à l'étape où les jeunes ayant un trouble mental atteignent passent de l'adolescence à l'âge adulte;
- Le manque d'aide et d'accompagnement des jeunes dans leur insertion au sein de la communauté après les épisodes de soins spécialisés;
- Le manque d'interfaces entre les différents services qui a un impact quant à la prise en charge rapide et adaptée pour les jeunes présentant un trouble mental lié à un problème de comorbidité, un trouble concomitant ou un diagnostic mixte. Notons entre autres le défi de développer une expertise conjointe afin de dépister les enfants et jeunes présentant une déficience intellectuelle-trouble envahissant du développement et un problème de santé mentale ainsi que de procéder à un diagnostic différentiel approprié;
- La présence croissante de jeunes étant hébergés dans les centres jeunesse et présentant un trouble mental. À cet effet, un comité de travail du MSSS a été mis en place pour dresser un portrait des besoins des centres jeunesse en matière de services de santé mentale;
- L'augmentation du nombre de suicide chez les jeunes, surtout chez les hommes de 15 à 19 ans ainsi que chez les jeunes femmes.

3.2 Constats quant à l'organisation des services de santé mentale dans la région de l'Outaouais

L'Outaouais s'est démarqué en santé mentale sur le plan d'une vision de l'intégration des services. Le Plan régional d'organisation des services (PROS) élaboré en 1985 en témoigne. Cette vision est partagée par l'ensemble des partenaires, mais des améliorations doivent être apportées entre autres sur le plan de la compréhension des mandats respectifs de chaque prestataire de services en fonction du principe de hiérarchisation des services. Tel que déjà mentionné, ceci s'applique principalement pour le groupe enfance-jeunes puisqu'on note en Outaouais une plus forte consommation de services médicaux et de services spécialisés de psychiatrie au détriment des services de 1^{re} ligne pour le groupe enfance-jeunes, et ce, pour l'ensemble des territoires²⁹.

Sur le plan de l'organisation des services de 1^{re} ligne

En Outaouais, les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne pour les enfants et les jeunes selon les paramètres ministériels commencent à être implantées. L'organisation des services de santé mentale pour ce groupe d'âge diffère selon les territoires, mais relève parfois de l'équipe Famille-enfance-jeunesse qui, en matière de santé mentale, offre des services d'évaluation, d'orientation et de traitement. Toutefois, il importe pour les enfants, leur famille et l'ensemble des partenaires d'avoir accès à des professionnels œuvrant en santé mentale qui soient bien identifiés dans chaque réseau local.

Sur le plan de l'organisation des services de 2^e ligne

En matière de services spécialisés, le Centre hospitalier Pierre-Janet a le mandat d'offrir des services de pédopsychiatrie. L'Outaouais, à la différence des autres régions, a un ratio plus élevé de pédopsychiatres par 100 000 de population ainsi que de lits d'hospitalisation en 2^e ligne. En effet, l'hôpital dispose de 12 lits pour les enfants (0-13 ans) et de 9 lits pour les adolescents (14-17ans) alors que pour 2010, la région devrait disposer de 7 lits, selon les ratios ministériels (2 lits pour 100 000 de population) Les pédopsychiatres et adopsychiatres sont au nombre de 7 dans la région.

²⁹ AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, Mise à jour de l'organisation des services en santé mentale dans la région de l'Outaouais, Cahier des annexes, Annexe 1, 2004.

Services déployés au CHPJ³⁰ sont :

Tableau 5 : Services déployés au CHPJ

Pour le groupe d'âge 0-13 ans	Pour le groupe d'âge 13-17 ans
- Consultation et suivi externe - Évaluation et traitement - Hospitalisation - Hôpital de jour - Traitement psychiatrique en milieu scolaire - Thérapie individuelle, familiale ou de groupe - Services de consultation et support à la communauté - Réinsertion sociale, familiale ou scolaire	- Consultation-liaison - Évaluation - Traitement - Suivi externe - Thérapie individuelle, familiale ou de groupe - Hôpital de jour - Hospitalisation - Services de consultation et de support à la communauté - Réinsertion familiale, sociale ou scolaire suite au traitement en collaboration avec le CSSS

Autres partenaires impliquées

D'autres partenaires, bien que leur mandat principal ne soit pas la santé mentale, doivent ajuster une partie de leurs services pour répondre aux besoins de clientèles pouvant notamment présenter un problème de santé mentale associé à une autre problématique.

- Les Centres jeunesse de l'Outaouais ;
- Le Centre Jellinek (Centre de réadaptation pour personnes dépendantes de l'alcool, des autres drogues ou du jeu);
- Le Pavillon du Parc (Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience intellectuelle et pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement);
- Le Centre régional de réadaptation La Ressource (centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique)

Les commissions scolaires sont aussi appelées à coordonner leurs interventions avec celles du réseau de la santé et des services sociaux compte tenu des besoins des élèves pouvant présenter un problème de santé mentale et nécessitant alors une intervention rapide.

30 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (Moreau et al.), *Vers une vision commune de collaboration interétablissement, Santé mentale enfance jeunesse : portrait des services et liens interétablissements en Outaouais*, septembre 2002, pp.91-100.

3.3 Conditions favorables à la transformation des services de santé mentale en Outaouais

Notons des conditions favorables à la transformation des services de santé mentale pour le groupe enfance-jeunes au niveau régional, parmi lesquelles :

- L'identification du besoin de développer des services le plus proche du milieu de vie. Il existe plusieurs instances représentant les différents prestataires de services œuvrant auprès des enfants et des jeunes mais pas spécifiquement en santé mentale;
- L'identification de mesures de promotion et de prévention élaborée par la Direction de santé publique;
- Un sentiment d'urgence d'intervenir tôt (dépistage, intervention précoce) et intensivement (soutien varié et intensif) auprès des enfants et des jeunes ayant un trouble mental, compte tenu des liens qui existent entre ce type de trouble et les problèmes qui surviennent ou persistent à l'âge adulte³¹;
- L'implantation des équipes d'intervention jeunesse réservées à l'intervention clinique pour des cas complexes en milieu urbain;
- L'entente-cadre entre les CLSC, le CJO et la Régie régionale de l'Outaouais (maintenant l'Agence) relative aux services à la jeunesse dont l'objectif est de faciliter entre autres l'articulation des services entre les deux entités. Ceci servira de canevas de base dans le cadre des projets cliniques;
- Le projet de services conjoints et partagés pour la jeunesse présentant des multiproblématiques réunissant le CJO, le CHPJ et le Pavillon du Parc;
- Le Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les Centres jeunesse implanté au niveau régional.

31 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010- La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p.30.

PARTIE 3: ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES EN SANTÉ MENTALE

Les assises à l'organisation des services de santé mentale pour le groupe enfants et jeunes ayant un trouble mental

- **Vision et orientations ministérielles**
- **Priorités d'actions identifiées par le MSSS**

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET ACTIONS PRIORITAIRES EN SANTÉ MENTALE SUR LE PLAN NATIONAL

1. VISION ET ORIENTATION MINISTÉRIELLES EN SANTE MENTALE

Tel que déjà souligné, le MSSS mise sur l'intégration des services, à l'intérieur des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux comme mode d'organisation pour mieux répondre aux besoins de la population. Sous-jacente aux orientations ministérielles concernant la santé mentale présentées ci-dessous **émerge l'importance de développer ou consolider des services de 1^{re} ligne rapidement accessibles à la population afin de permettre aux 2^e et 3^e lignes d'offrir les soins à la population qui requiert ces niveaux de services.**

1.1 La Planification stratégique 2005-2010³²

En lien avec la vision ministérielle, l'orientation mise en avant dans la planification stratégique 2005-2010 est la suivante :

- Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire.

1.2 Le Programme national de santé publique 2003-2012³³

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012, déposé par le MSSS en 2002, vient énoncer les activités à déployer au niveau du Québec en matière de promotion et prévention. Les objectifs et les activités prévus au PNSP sont repris dans les plans d'action régionaux de santé publique (PAR) et dans les plans d'action locaux (PAL) actuellement mis en œuvre dans la plupart des CSSS.

Tel que mentionné dans l'introduction, la Direction de santé publique de l'Outaouais participe à l'élaboration de l'avis de l'Institut national de santé publique visant l'identification de la contribution de la santé publique en matière de prévention/promotion de la santé mentale. Au niveau régional, des stratégies à adopter et des mesures à mettre en place ont été cependant déjà définies et visent à³⁴:

- Soutenir le développement des enfants et les capacités des parents;
- Promouvoir la santé mentale des jeunes d'âge scolaire;
- Prévenir la dépression et l'anxiété;
- Prévenir le suicide;
- Promouvoir la santé mentale au travail

³² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan stratégique 2005-2010, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p.29

³³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2003.

³⁴ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS, Priorités de santé publique en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, Agence de la santé et des services sociaux, Québec, 2005, p. 41.

1.3 Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

1.3.1 Objectif général

L'objectif général du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* est de « doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire³⁵. »

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 présente des actions prioritaires au sein du continuum de services de santé mentale. Elles devraient être réalisées dans une perspective visant le rétablissement des personnes en cause et soutenant l'appropriation du pouvoir par celles-ci.

1.3.2 Vision ministérielle

L'organisation des services de santé mentale repose sur l'accès à des services de qualité pour l'ensemble de la population. Pour implanter cette vision, « les mesures du plan visent en priorité la mise en place de services de première ligne dans les communautés locales en mettant à profit l'expertise des intervenants qui y travaillent. Une organisation favorisant un passage fluide vers les services spécialisés est à la base de ce plan³⁶ ». L'organisation des services de santé mentale doit reposer sur le principe de reconnaissance du potentiel et du rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches, processus communément appelé rétablissement.

35 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 12.

36 *Ibid.*, p. 13.

Le rétablissement

La perspective du rétablissement est souvent décrite comme la croyance dans les capacités des personnes à prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). L'exclusion, manifeste ou implicite, est source de détresse psychologique énorme, quelque soit le groupe d'âge, et entraîne la personne ayant un trouble mental dans un cercle vicieux de problèmes et de détresse. Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidant à réintégrer leur rôle en société, malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement.³⁷

Par ailleurs, l'organisation des services de santé mentale suppose qu'elle repose aussi sur une vision axée sur le concept de soins partagés ou basés sur la collaboration

Les soins partagés ou basés sur la collaboration

Le concept de soins partagés ou basés sur la collaboration fait référence à une approche axée sur la collaboration interdisciplinaire entre différents intervenants et niveaux de services, fondée sur des rôles et responsabilités clairement définis pour assurer la prise en charge, le traitement et le suivi des personnes. Les soins basés sur la collaboration à consolider/implanter sont : équipe de 2^e ligne avec l'équipe de 1^{re} ligne, psychologue avec omnipraticien, services sociaux courants avec équipe de santé mentale en CSSS, psychologue relevant de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne avec services généraux, psychiatre-répondant avec l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne.

En matière de services de santé mentale pour le groupe 0-17 ans, les soins basés sur la collaboration s'avèrent essentiels compte tenu de la pertinence d'évaluer les besoins des enfants selon une approche bio-psycho-sociale et de poser avec le plus de prudence possible un diagnostic chez des personnes dont le développement n'est pas terminé. Ce constat souligne l'importance de faire appel à des expertises multiples.

Pour donner de bons résultats, il est important que la pratique des soins partagés soit basée sur les principes suivants :

- Tous les services font partie d'un système interdépendant de soins;
- Les rôles et responsabilités de chacun doivent être clairs;
- Un prestataire de services peut agir comme leader, mais les autres services doivent maintenir leur collaboration et être disposés à réactiver les soins rapidement, si nécessaire;

³⁷ Id., p.15.

- La collaboration est basée sur le respect mutuel et la confiance;
- Les modèles de collaboration doivent être adaptés à la disponibilité de ressources³⁸.

La nouvelle *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* permettra par ailleurs une meilleure complémentarité entre les différents professionnels ainsi qu'un travail en interdisciplinarité.

1.3.3 Priorités d'actions inscrites au Plan d'action en santé mentale 2005-2010

Dans la perspective de mieux répondre aux différents groupes éprouvant des besoins en matière de santé mentale, le plan d'action ministériel détermine quels sont les niveaux de services qui requièrent des améliorations sur le plan national, afin d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à chacun des groupes. **Il vient réaffirmer l'importance de développer une offre de service forte en 1^{re} ligne et libérer l'accès aux services spécialisés pour les seules personnes qui le requièrent.** Il est attendu que 70 % des services soient dispensés par la 1^{re} ligne et 30% par les services de 2^e ligne. Tout en restant conforme aux orientations ministérielles, le plan d'action en santé mentale établit en conséquence des priorités d'actions à l'intérieur du continuum de services présenté à la partie 1, point 3.

1.3.4 Gamme de services et priorités d'action pour le groupe enfants-jeunes

Le fait que le plan d'action en santé mentale réserve une section spéciale aux enfants et aux jeunes témoigne de l'importance que le MSSS accorde à ce groupe d'âge.

38 KATES, N, « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n.2, 2002, p.93-108 dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p.22

Tableau 6 : Clientèle visée et gamme de services

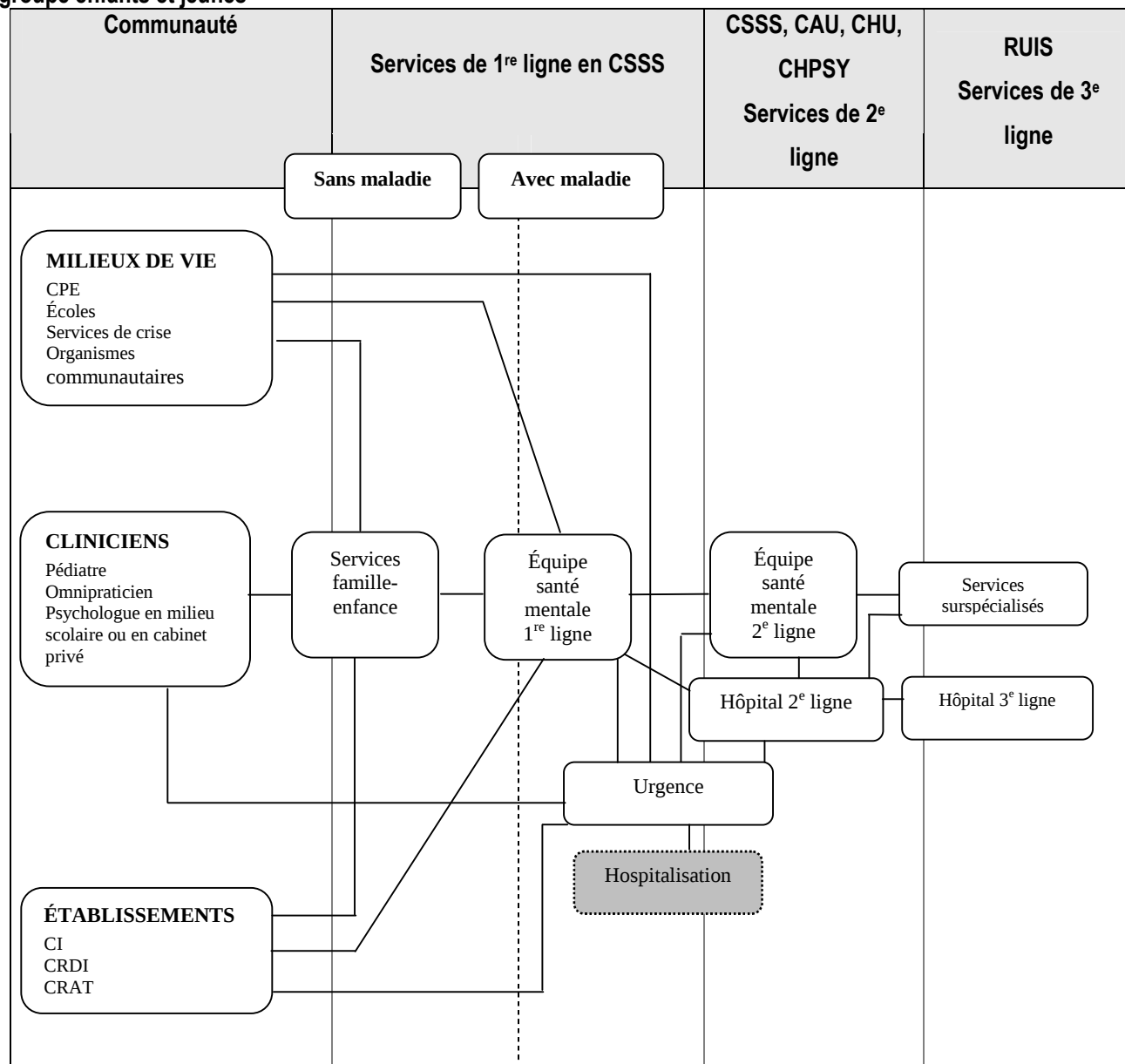
Clientèle visée	Gamme de services
Jeunes en général	▪ Diffusion d'information sur la santé mentale ▪ Promotion et prévention ▪ Services généraux de 1^{re} ligne (médicaux et psychosociaux) ▪ Services de crise
Enfants et jeunes ayant un trouble mental	▪ Évaluation et traitement (services spécifiques) ▪ Hospitalisation ▪ Services d'intégration sociale : - Services résidentiels - Intégration au travail et soutien aux études - Loisirs ▪ Soutien, services d'entraide et formation destinés aux parents ▪ Répit dépannage pour les parents

2. INSCRIPTION DES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL DANS LE CONTINUUM DE SERVICES DE SANTE MENTALE

Chaque CSSS et ses partenaires doivent définir une trajectoire de services qui respecte les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services comme le présente le tableau suivant. Rappelons que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* vient préciser les actions prioritaires à inscrire au sein du continuum de services de santé mentale. Le tableau suivant présente un modèle de cheminement de la clientèle enfants-jeunes avec un problème de santé mentale ou un trouble de santé mentale dans un système hiérarchisé :

Les réalités territoriales ainsi que l'expérience et l'expertise disponibles, peuvent faire en sorte que le continuum de services en santé mentale se présente de façons différentes d'un territoire local à un autre. Ces adaptations locales sont nécessaires pour permettre un bon ajustement des services selon les besoins de la population.

Tableau 7 : Continuum de services en santé mentale dans le réseau local de la santé et des services sociaux pour le groupe enfants et jeunes



Inspiré du tableau du MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Québec, p. 37

2.1 Actions ministérielles prioritaires

À court terme, les actions prioritaires ministérielles à déployer pour **les enfants et les jeunes** ayant un trouble mental sont les suivantes :

Actions prioritaires : Déployer des services d'évaluation et de traitement des troubles mentaux en 1^{re} ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.

- la mise en place d'un **guichet d'accès aux services de santé mentale** de 1^{re} et de 2^e ligne dans tous les CSSS où l'équipe de 1^{re} ligne de santé mentale procède à l'évaluation, au triage, à l'orientation ou au traitement des enfants et des jeunes qui y sont dirigés.
- La mise en place **d'une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS** qui soit spécifique au groupe enfants et jeunes si la masse critique du territoire local le justifie. L'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne est le guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale.
- La mise en place d'un poste de pédopsychiatre répondant par tranche de 50 000 de population. Le MSSS reconnaît aux psychiatres généralistes une compétence de base en pédopsychiatrie.

Actions prioritaires : Déployer des services aux jeunes ayant des difficultés, dont les troubles mentaux, et étant sous la responsabilité des centres jeunesse

Les centres jeunesse sont responsables de la prise en charge d'un grand nombre d'enfants et de jeunes qui rencontrent des difficultés dans la vie, dont des troubles mentaux. Des mesures à l'attention des jeunes présentant ce type de trouble, hébergés dans leurs services, sont déjà déployées dans plusieurs régions du Québec. Le MSSS invite les régions à mener à terme, en priorité, le service suivant :

- La mise en place des équipes de deuxième niveau proposées au « Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse » et d'étendre le mandat de ces équipes à la santé mentale.

Ces équipes devront compter sur la participation d'au moins une infirmière pour assurer la fonction de coordination et de liaison, entre autres, avec les médecins, omnipraticiens ou pédiatres, et les pédopsychiatres répondants.

Actions prioritaires : Services d'intégration sociale prioritaires

- **Le soutien aux études** pour permettre aux jeunes atteints de problèmes de santé mentale de poursuivre les études. Le MSSS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité doivent amorcer des travaux à ce niveau;
- **L'intégration au travail** en se référant aux mesures qui favorisent l'intégration au travail de la population adulte et qui pourraient s'appliquer aux jeunes qui souffrent d'un problème de santé mentale.

2.2 Normes requises pour le groupe enfants-jeunes

Le MSSS a défini certaines catégories de services de base pour les enfants et les jeunes suicidaires ou aux prises avec un trouble mental (par population de 100 000 personnes) avec les normes requises³⁹

Tableau 8 : Normes requises pour le groupe enfant et jeunes ayant un trouble mental

Catégories/types de services	Normes requises (Places, lits, intervenants, services)	Ratios (basé sur le nombre d'habitants en 2010 en Outaouais : 355 598)
Services de 1 ^{re} ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Jeunes	• 6 intervenants • 0,5 omnipraticien	21 intervenants 1,7 omnipraticien
Équipes de 2 ^e niveau des centres jeunesse	• De 2 à 4 intervenants (selon la taille de l'établissement)	10,6
Services de 2 ^e ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux – Jeunes	• 4,5 intervenants	16
Hospitalisation en pédopsychiatrie et en pédiatrie pour troubles mentaux	Un service par région : • 2 lits /100 000 de population ou • hospitalisation dans les unités de pédiatrie	7
Soutien aux familles et aux proches	Un service, selon le découpage territorial retenu	1
Services de répit à l'intention des familles et de l'entourage	Un service, selon le découpage territorial retenu	1

³⁹ Ibid., p. 83.

2.3 Ratio Intervenants/100 000 de population et état de situation (février 2007)

Tableau 9 : Ratio intervenants/100 000 de population et état de situation

Réseau local de services	Population Outaouais (2007)	Requis de services enfance-jeunes (6 intervenants/100 000)	Niveau d'implantation (février 2007)
- CSSS de Gatineau	225 396	13,5	1 ETC
- CSSS du Pontiac	19 911	1	Incluse dans équipe Famille-enfance-jeunes
- CSSS des Collines	30 664	1,8	7 ETC (incluant équipe pour adultes
- CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	20 657	1,2	0.7 ETC
- CSSS de Papineau	51 488	3	0.6 ETC

3. LIENS ENTRE LE PROJET CLINIQUE EN SANTE MENTALE ET LES ORIENTATIONS MINISTERIELLES EN SANTE MENTALE

Tel que mentionné par le MSSS, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* s'inscrit dans la même logique que le projet clinique de santé mentale en déterminant entre autres les niveaux de services qui requièrent des améliorations ainsi que les priorités d'action à l'intérieur du continuum de services à mettre en place dans le cadre du projet clinique⁴⁰

Pour chacun des groupes, le plan d'action propose des mesures pertinentes et identifie les acteurs responsables de leur mise en œuvre. Certaines mesures ont une portée nationale et relèvent du MSSS et de ses partenaires nationaux, alors que d'autres, à caractère régional, concernent les agences. Toutefois, bon nombre de priorités retenues dans le plan d'action sont de la responsabilité des CSSS et devront être adaptées localement dans le processus de mise en place du volet santé mentale des projets cliniques.

Les priorités retenues dans le plan d'action se traduisent de façon particulière sur le plan opérationnel, dans chaque territoire, en prenant en considération les acquis et doivent être ajustées aux besoins de la population en matière de santé mentale. Rappelons que l'objectif du projet clinique est d'identifier et de combler les écarts entre les besoins de la population et les requis de services en santé mentale sur une base locale. Pour ce faire, les orientations ministérielles devront être ajustées en fonction de l'analyse concrète du continuum de services local réalisée au moment de la mise en place du volet santé mentale du projet clinique.⁴¹

40 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p.65.

⁴¹ Id. p.65.

3.1 Liens avec d'autres orientations ministérielles

Le Plan d'action en santé mentale complète les orientations déjà existantes en ce qui concerne le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivités (TDAH), de même que les orientations futures portant sur les troubles envahissants du développement (TED) et l'autisme. À noter que les jeunes aux prises avec ces troubles ont fréquemment besoin de services en santé mentale, notamment sur le plan du diagnostic.

PARTIE 4: ORIENTATIONS REGIONALES EN SANTE MENTALE POUR LE GROUPE ENFANTS-JEUNES PRESENTANT UN TROUBLE MENTAL

- **Vision régionale et principes directeurs**
- **Orientations régionales**
- **Paramètres organisationnels visant à structurer un modèle d'organisation de services hiérarchisés pour les enfants et les jeunes en santé mentale au niveau régional**

ORIENTATIONS REGIONALES EN SANTE MENTALE POUR LE GROUPE ENFANTS ET JEUNES PRESENTANT UN TROUBLE MENTAL

1. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

L'organisation des services de santé mentale de l'Outaouais fait sienne la vision du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* qui met en avant la perspective du rétablissement. Toutefois, cette perspective, telle que définie par le MSSS, doit mieux tenir compte du défi particulier que représente la réponse aux besoins des enfants et des jeunes ayant un trouble mental compte tenu de la difficulté à établir un diagnostic à une étape où le développement de l'enfant est en constante évolution.

Le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sert de point de référence pour la définition d'une vision d'organisation de services de santé mentale sur le plan régional. Selon ce comité, toute politique fondée sur le rétablissement doit reposer sur les axiomes suivants :

- La voie du rétablissement de chaque personne est unique;
- Le rétablissement est un processus, pas une fin en soi;
- Le rétablissement est un processus actif au cours duquel la personne assume la responsabilité du résultat, le succès dépendant principalement de la collaboration entre les amis, la famille, la collectivité et les soutiens professionnels.⁴²

Dès lors, une organisation de services basée sur le principe du rétablissement implique la participation des enfants, des jeunes et de leur famille à toutes les étapes du processus d'évaluation et de traitement afin de permettre à chacun des acteurs d'avoir un meilleur contrôle sur son environnement. Pour ce faire, on misera sur le potentiel d'action de chacun des acteurs ainsi que sur leur contribution dans l'atteinte d'un mieux-être afin de ne pas se laisser contrôler par la maladie. Pour parvenir à cette fin, la planification des services de santé mentale doit être respectueuse des principes directeurs⁴³ suivants :

- La famille constitue le premier et le principal lieu de développement de l'enfant;
- L'intervention est centrée sur le jeune et sa famille et vise à maintenir un lien significatif entre le jeune et son entourage;
- Le maintien dans le milieu de vie naturel du jeune et l'accès à des services le plus prêt possible du milieu de vie sont prioritaires;
- La sécurité de l'enfant prévaut en tout temps;

⁴² COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *De l'ombre à la lumière, Résumé et recommandations*, mai 2006, p.5.

⁴³ Principes directeurs définis avec le concours du Comité régional enfance-jeunes santé mentale mis en place en septembre 2006.

- Une approche globale est privilégiée et doit faire appel à différents niveaux d'expertise dans une perspective de multidisciplinarité ;
- Une accessibilité locale aux services de 1^{re} ligne et de qualité est assurée;
- Une continuité et une fluidité entre les services est prioritaire (une attention doit être accordée aux transitions telles que des services de santé mentale jeunesse vers des services de santé mentale pour adultes);
- Une trajectoire de services pour les jeunes ayant un trouble mental doit « *être faite en fonction de la gravité des manifestations des troubles mentaux en référant à des connotations telles que graves, intenses et persistants, et pas uniquement en fonction du diagnostic⁴⁴.* »

2. RÉPARTITION DE LA CLIENTELE PAR NIVEAU DE SERVICES

Le tableau qui suit propose une répartition par niveaux de services de profil de clientèle ayant un problème de santé mentale ou un trouble mental. La répartition est conforme aux principes directeurs décrits plus haut puisque la détermination du type de services vers lequel l'enfant ou le jeune présentant un trouble mental doit être référé doit tenir compte des **facteurs suivants influençant le niveau de services**:

- Le diagnostic ainsi que les manifestations et la persistance des symptômes
- Le niveau de dysfonctionnement
- Le niveau de dangerosité
- L'éventualité de la présence d'une comorbidité
- L'instabilité du contexte social (familial, scolaire, influence des pairs)
- Les antécédents personnels, familiaux et environnementaux.

Le tableau suivant présente à titre indicatif une répartition de la clientèle par niveau de service.

⁴⁴ GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, *Avis-Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*, p. 9 et 15,

UN OU DES FACTEURS INFLUENÇANT LE NIVEAU DE SERVICES ET DÉTERMINANT LEUR INTENSITÉ

- | | |
|--|---|
| • Diagnostic + Manifestations et persistance des symptômes | • Niveau de dangerosité |
| • Niveau de dysfonctionnement (selon une échelle 1-80 du DSM-IV) | • Présence éventuelle d'une comorbidité |
| • Instabilité du contexte social (familial, scolaire, influence des pairs) | • Antécédents personnels, familiaux et environnementaux |

INTENSITÉ DES FACTEURS

Légère et/ou ponctuelle

Modérée à importante et/ou multiple

Grave et/ou multiple

1 ^{re} LIGNE		2 ^e et 3 ^e LIGNES
Autres équipes CSSS	Équipe Santé mentale-Jeunes	Pédo et ado psychiatrie
	Implication des services de pédiatrie Santé mentale / problèmes organiques, neurologiques et neurodéveloppementaux	
Difficulté d'adaptation	Troubles d'adaptation	
Symptômes anxieux	Troubles anxieux (symptômes psychotiques)	
État de stress aigu		État de stress post-traumatique
Symptômes dépressifs	Troubles de l'humeur (dépression majeure)	
	Trouble dysthymique	
	Trouble bipolaire stabilisé	Trouble bipolaire non stabilisé – Troubles psychotiques
Deuil	Deuil complexe	Deuil pathologique
Problématique suicidaire	Avec persistance des risques suicidaires et de dangerosité de moyen à élevé	Risques suicidaires et de dangerosité élevés
Désordre alimentaire	Troubles de l'alimentation (anorexie/boulimie)	
Symptômes psychosomatiques	Troubles somatoformes	
	Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	
	Gilles de la Tourette	
Troubles d'apprentissage		
Problèmes de comportement	Troubles de conduite ou oppositionnels	
Retard de développement		
	TED (pré-diagnostic)	Diagnostic
Problèmes relationnels	Troubles de la personnalité	
Problèmes de comportements sexuels	Troubles psychosexuels	
Problèmes physiologiques	Énurésie/encoprésie/trouble du sommeil - Troubles de la personnalité en devenir	
Compétences parentales, négligence, violence		

GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE

3. ORIENTATIONS REGIONALES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL 2007-2010

Les orientations régionales suivantes doivent guider les CSSS et leurs partenaires dans l'élaboration des projets cliniques pour le programme-services santé mentale. L'objectif de ces orientations vise à fixer des priorités d'actions à l'intérieur du continuum de services de santé mentale qui s'adressent prioritairement aux enfants et aux jeunes présentant un trouble mental ainsi qu'à leur famille qui ont besoin de soutien dans le processus de rétablissement.

3.1 En matière d'accessibilité

Assurer la mise en place d'une organisation hiérarchisée de services visant l'amélioration de l'accès aux services de 1^{re} ligne où le CSSS constitue la porte d'entrée principale aux services d'évaluation et de traitement afin de réserver l'accès aux services de 2^e ligne pour les situations plus complexes et nécessitant une expertise psychiatrique.

Cette orientation implique de :

- Prévoir une gamme de services qui soit diversifiée et déployée selon le principe de hiérarchisation des services en tenant également compte des besoins de la famille et des proches;
- Accroître l'accès aux services d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne en santé mentale au niveau du CSSS (CLSC-Volet services spécifiques) pour les enfants et les jeunes présentant un trouble mental;
- Assurer le soutien par les services de santé mentale de 2^e ligne aux équipes de santé mentale de 1^{re} ligne, aux omnipraticiens oeuvrant au sein de l'équipe de santé mentale et en cabinet privé ainsi qu'aux autres établissements régionaux dont la mission principale n'est pas la santé mentale;
- Accentuer davantage le déploiement de services d'évaluation et de traitement ambulatoire de santé mentale de 2^e ligne afin de maintenir au maximum les enfants et les jeunes dans leur milieu de vie naturel;
- Assurer la mise en place des équipes de deuxième niveau en santé mentale dans les Centres jeunesse de l'Outaouais et assurer l'accès à une expertise en santé mentale lorsque requis;
- Adapter l'offre de services aux besoins des enfants et des jeunes aux prises avec des situations complexes, sévères ou dites multiproblématiques;
- Assurer l'accès à une gamme de services en matière de crise et crise suicidaire incluant la prévention du suicide;
- Convenir d'une définition de services de santé mentale au sein du Département régional de pédiatrie pour une clientèle nécessitant conjointement des soins de pédiatrie et des services de psychiatrie;
- Poursuivre le redéploiement des services de santé mentale

3.2 En matière de continuité

Assurer une continuité de services entre chacun des niveaux de services de santé mentale notamment entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne et entre les programmes-services du CSSS selon le principe de hiérarchisation des services ainsi que dans une perspective de soins partagés.

Cette orientation implique de :

- Identifier clairement une porte d'accès où s'effectuent l'évaluation et l'orientation pour une demande de traitement de santé mentale en 1^{re} ou en 2^e ligne par l'implantation d'un guichet d'accès aux services de santé mentale;
- Articuler les services de façon à permettre l'utilisation optimale de l'expertise pédo- et adopsychiatrique
 - o par l'implication du psychiatre répondant d'une part, et le psychiatre consultant, d'autre part.
 - o par le développement des activités de consultation-liaison et d'expertise conseil des équipes de pédopsychiatrie auprès des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne.
- Établir des zones de collaboration entre les services de pédiatrie et les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne;
- Assurer le soutien diagnostique aux services de 2^e ligne n'ayant pas la santé mentale comme majeure par les services de santé mentale de 2^e ligne dans une perspective de soins partagés;
- Assurer la complémentarité de services entre les médecins omnipraticiens et les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne ainsi qu'entre les médecins omnipraticiens et les médecins psychiatres dans une perspective de soins partagés;
- Assurer la complémentarité des services par la mise en place des mécanismes de liaison (mécanismes bidirectionnels pour assurer une continuité entre la 1^{re} et la 2^e ligne et inversement ; fonction liaison; fonction d'intervenant-pivot; plan de services individualisés, plan individualisé intersectoriel avec le milieu scolaire);
- En plus d'assurer une continuité relationnelle (enfants-jeunes-parents et professionnels de la santé et du milieu scolaire), assurer une continuité informationnelle entre les partenaires par notamment l'informatisation des données qui respectent les lois de la confidentialité.

3.4 En matière de qualité

Assurer une qualité de services et viser l'amélioration des soins de santé mentale

Cette orientation implique de :

- Identifier les besoins de développement professionnel;
- Assurer une qualité de services qui s'appuie sur des guides de pratiques reconnus ou sur des pratiques prometteuses et qui tiennent compte des besoins particuliers des enfants et des jeunes présentant un trouble mental ainsi que des familles.

4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Une fois identifiées les orientations régionales axées sur la mise en place d'une organisation hiérarchisée de services qui vise l'amélioration de l'accès aux services de 1^{re} ligne afin de réserver l'accès aux services de 2^e ligne pour les situations plus complexes, il s'avère important de définir clairement les rôles de chaque partenaire.

Tel que déjà souligné, les CSSS et les partenaires ont déjà amorcé les travaux afin d'améliorer l'accès aux services de 1^{re} ligne. Par ailleurs, un plan d'action 2006-2007 a soutenu les premiers travaux menés par le Comité régional pour le groupe enfants jeunes en santé mentale.

4.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

- Soutenir la mise en œuvre du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* notamment
 - o En organisant des rencontres d'information et de formation sur le contenu du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*;
 - o En prévoyant deux réunions annuelles avec les utilisateurs de services, leurs proches et leurs partenaires nationaux de la santé et des services sociaux en vue d'échanger et de faire le point sur l'atteinte d'objectifs précis du plan d'action;
 - o En procédant au suivi d'indicateurs basés sur la collecte d'information OASIS (Outil d'alimentation du système d'information socio sanitaires). Les données obtenues servent à décrire la réalité du réseau de services de santé mentale et à définir les améliorations qu'il faut apporter en priorité à ce réseau;
 - o En procédant au suivi de l'atteinte des cibles reliées aux ententes de gestion et d'imputabilité.

4.2 L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

- Élaborer les orientations régionales en santé mentale découlant des orientations ministérielles;
- Assurer l'implantation des orientations nationales et régionales pour le groupe enfants et jeunes par l'entremise du Comité régional enfance-jeunes santé mentale, les instances décisionnelles ainsi qu'au niveau local et régional;
- Assurer d'une vision plus claire quant au partage des responsabilités selon le principe de hiérarchisation des services de santé mentale afin d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services aux enfants et aux jeunes présentant un trouble mental;
- Assurer que la mise en place d'équipes de 2^e niveau dans les Centres jeunesse de l'Outaouais soit achevée;
- En collaboration avec le Direction régionale médicale générale (DRMG), soutenir les CSSS dans l'identification de pistes de solutions permettant une meilleure intégration et coordination de la 1^{re} ligne médicale à l'ensemble des programmes⁴⁵
- Assurer le suivi des ententes de gestion et d'imputabilité ainsi que d'autres indicateurs pertinents à la mise en place d'un système hiérarchisé de services de santé mentale;
- Soutenir les travaux en lien avec l'identification de critères venant déterminer la référence d'un enfant ayant un trouble mental dans une unité d'hospitalisation en pédiatrie versus dans une unité d'hospitalisation psychiatrique;
- Soutenir les travaux en matière de prévention du suicide, d'intervention de crise ainsi que de suivi à la crise;
- Soutenir les travaux relativement aux services d'hébergement et de mesures de soutien aux parents dont l'enfant demeure dans le milieu de vie.

4.3 Les Centres de santé et de services sociaux (Volet CLSC – Services spécifiques par l'entremise des équipes de santé mentale 1^{re} ligne)

- Favoriser une organisation de services de santé mentale pour les enfants et les jeunes en privilégiant la prise en charge le plus proche du milieu de vie et en impliquant les parents et les partenaires concernés;
- Garantir localement l'accès aux services d'évaluation, d'orientation, de traitement et de suivi en collaboration étroite avec les omnipraticiens et les groupes de médecine familiale (GMF) du territoire par l'implantation des mesures suivantes :
 - o Le guichet d'accès aux services de santé mentale afin d'assurer une plus grande accessibilité aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne.

⁴⁵ DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES, *L'organisation des services médicaux de première ligne en Outaouais, Comment réussir l'intégration des services médicaux offerts à la population grâce à une organisation efficiente*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2007, P.13.

À cet effet, il est attendu que chaque CSSS définisse les modalités locales de fonctionnement de son guichet d'accès (plages horaires, garantie qu'il s'adresse aux enfants et aux jeunes ayant un trouble mental, information de l'accès à ce mécanisme à l'ensemble des partenaires), mais avec comme objectif d'assurer une plus grande accessibilité aux services de santé mentale de 1^{re} ligne;

- o La consolidation et le développement des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne;
 - o L'identification d'une trajectoire de services connue des partenaires;
 - o L'implantation de mécanismes permettant d'assurer une fluidité (mécanismes bidirectionnels entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et la 2^e ligne, implantation de la fonction d'intervenants pivots, de la fonction de liaison, plan de service individualisé);
-
- Augmenter la capacité à desservir plus d'enfants et de jeunes présentant un trouble mental en procédant à une organisation/réorganisation des services qui prévoit le soutien de la 2^e ligne aux équipes de santé mentale de 1^{re} ligne ainsi qu'aux médecins omnipraticiens;
 - Établir des liens formels de collaboration entre les médecins omnipraticiens et les services de CSSS. Ceci implique entre autres une identification claire de la porte d'entrée soit le guichet d'accès où s'effectuent l'évaluation et l'orientation du client selon le principe de hiérarchisation des services;
 - Distinguer la vocation des lits d'hospitalisation dans les unités de pédiatrie pour troubles mentaux versus la vocation des lits d'hospitalisation psychiatrique notamment en situation de crise et pour les clientèles présentant une déficience physique et un trouble mental et nécessitant une intervention conjointe;
 - Établir des ententes de services avec les partenaires de 2^e ligne ainsi que les services de 3^e ligne pour les enfants et les jeunes présentant un trouble mental;
 - Établir des ententes de services avec le milieu scolaire et convenir de plans de service individualisé intersectoriel (PSII) pour assurer une continuité de services;
 - Définir avec les partenaires d'une offre de services en hébergement pour les enfants et les jeunes;
 - Développer des programmes de soutien pour les familles et les proches ainsi que des programmes de répit-dépannage;
 - Collaborer avec les autres partenaires de la santé et des services sociaux au développement d'approches adaptées pour répondre aux besoins des clientèles visées par la double problématique (santé mentale/déficience intellectuelle, santé mentale/toxicomanie) notamment sur le plan de l'évaluation diagnostique;
 - Assurer avec les partenaires d'une continuité de services entre les services de santé mentale de 1^{re} ligne s'adressant aux enfants et aux jeunes et les services de santé mentale de 1^{re} ligne s'adressant aux adultes pour les jeunes âgés de 18 ans et présentant un trouble mental;
 - Prévoir des corridors de services entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les autres programme-services.

4.4 Les services de pédopsychiatrie (CHPJ)

- Assurer l'évaluation, le traitement et le suivi pour les cas plus complexes et nécessitant une expertise de 2^e ligne;
- Contribuer à l'évaluation et au traitement des troubles mentaux effectués par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne lorsque requis;
- Assurer des services spécialisés ambulatoires pour des problématiques complexes ou à faible masse critique;
- Rendre disponible l'accès à l'expertise psychiatrique aux intervenants du réseau en 1^{re} ligne ainsi qu'aux établissements régionaux n'ayant pas pour mission principale la santé mentale par les mesures suivantes :
 - o La consultation-liaison,
 - o Le psychiatre répondant
 - o Le psychiatre consultant.
 - o La formation
- Redéfinir l'offre de services de santé mentale de 2^e ligne en tenant compte du niveau d'implantation des services de santé mentale de 1^{re} ligne afin de réduire le taux d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation
 - o Assurer l'accès à l'expertise psychiatrique aux services de santé mentale de 1^{re} ligne;
 - o Rehausser les services spécialisés ambulatoires;
- Collaborer avec les autres partenaires de la santé et des services sociaux pour développer des approches adaptées afin de répondre aux besoins des clientèles visées par la double problématique (santé mentale/déficience intellectuelle, santé mentale et toxicomanie) avec la collaboration des CSSS.

4.5 Les autres établissements régionaux dont la mission première ne concerne pas les problèmes de santé mentale (Les Centres jeunesse de l'Outaouais, Le Pavillon du Parc, le Centre Jellinek, le Centre régional de réadaptation la RessourSe)

- En collaboration avec le CHPJ et les CSSS, assurer que les établissements régionaux dont la mission première n'est pas la santé mentale assument les responsabilités suivantes :
 - o Participer au développement des approches adaptées pour répondre aux besoins des clientèles visées par la double problématique (santé mentale/déficience intellectuelle, santé mentale et toxicomanie);
 - o Conclure des ententes de services avec le CHPJ et les CSSS afin de convenir d'un mode de fonctionnement conjoint sur le plan clinique;
 - o Soutenir lorsque requis l'équipe de santé mentale pour compléter une évaluation au guichet d'accès aux services de santé mentale ou assurer une collaboration sur le plan du suivi.

4.6 Les commissions scolaires

- Assurer que les commissions scolaires et les CSSS conviennent de l'établissement d'évaluations conjointes et de l'utilisation d'un plan d'intervention et d'un plan de service individualisé intersectoriel. Des démarches se poursuivent actuellement dans le cadre de l'entente MELS/MSSS relativement au PSIII et au PSI.

4.7 Les organismes communautaires

Au niveau régional, l'Agence subventionne des organismes communautaires qui offrent des services de santé mentale à des jeunes même si ce n'est pas leur mission première, tel que les maisons de jeunes. Toutefois, dans le cadre des projets cliniques en santé mentale, les services offerts par les organismes communautaires pour les jeunes présentant un problème de santé mentale peuvent être inclus dans un continuum de services de santé mentale d'un territoire de CSSS parce qu'ils assurent l'accès à

- Des activités de promotion de la santé mentale
- Des activités d'intégration sociale : milieu de jour, café rencontre, activités sociales, culturelles et de loisirs.

Tableau 11 : Répartition des services pour enfants et jeunes ayant un trouble mental entre les CSSS et le CHPJ selon le principe de hiérarchisation des services (à titre indicatif)

Services	1 ^{re} ligne		2 ^e ligne	
	CSSS (CSLC- services psychosociaux généraux)	CSSS (CLSC - services spécifiques de santé mentale en collaboration avec les médecins et les pédiatres)	CSSS (hôpital)	CHPJ
Évaluation et traitement	Évaluation globale	Services d'évaluation, de traitement et de suivi thérapeutique pour la clientèle présentant un trouble grave et modéré mais dont le niveau de fonctionnement permet de demeurer dans le milieu familial par une prise en charge de l'équipe de santé mentale de 1 ^{re} ligne et les médecins		Services d'évaluation, de traitement et de suivi thérapeutique spécialisés et support aux équipes de santé mentale de 1 ^{re} ligne et aux autres établissements régionaux.
Urgence et Hospitalisation⁴⁶			- Urgence - Unité de pédiatrie pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental et des incapacités fonctionnelles importantes	Hospitalisation pour la clientèle ayant un trouble mental plus grave et présentant un niveau de dangerosité et un dysfonctionnement fonctionnel élevé et sévère
Hospitalisation de jour/soir			- Évaluation, diagnostic, traitement et suivi pour les enfants et jeunes en raison de la phase aiguë de la maladie, mais ne nécessitant pas une hospitalisation (Intervention souvent basée sur la thérapie de groupe)	- Évaluation, diagnostic, traitement et suivi pour jeunes en état de crise psychique entraînant une désorganisation majeure par rapport au niveau de fonctionnement majeur ou des jeunes qui risquent de traverser une crise psychiatrique (Intervention souvent basée sur la thérapie de groupe)
Hospitalisation			- Unité de pédiatrie (pour clientèle vivant une situation de détresse et pour laquelle une	- Activités de soins pour clientèle présentant une pathologie

⁴⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Suivi de l'actualisation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, Répartition de l'offre de service de votre établissement déployée par territoire local, Annexe 1 – Phase B*, 2006.

Services	1 ^{re} ligne		2 ^e ligne	
	CSSS (CSLC- services psychosociaux généraux)	CSSS (CLSC - services spécifiques de santé mentale en collaboration avec les médecins et les pédiatres)	CSSS (hôpital)	CHPJ
			intervention brève s'avère suffisante)	psychiatrique importante, un degré de désorganisation élevée et l'épuisement des autres moyens thérapeutiques
Intervention de crise	Crise psychosociale	Crise psychiatrique pouvant être résorbée dans la communauté mais nécessitant un suivi et l'implantation d'un filet de sécurité	Crise psychiatrique nécessitant une hospitalisation de courte durée	Crise psychiatrique nécessitant une hospitalisation de plus longue durée
Réadaptation (activités de centre de jour		Réadaptation psychosociale		Réadaptation spécialisée et support aux CSSS et aux autres établissements régionaux
Soutien aux familles		Équipe de santé mentale de 1 ^{re} ligne en collaboration avec les organismes communautaires dont l'Apogée. + Services de répit-dépannage		Équipes de santé mentale de 2 ^e ligne pour les enfants hospitalisés
Soins partagés		Soutien aux programme-services du CSSS (transfert d'expertise et consultation liaison)	Soutien du département régional de pédiatrie aux omnipraticiens et aux équipes de santé mentale de 1 ^{re} ligne (transfert d'expertise et consultation liaison)	-Soutien aux équipes de santé mentale; -Soutien aux omnipraticiens et aux pédiatres et aux autres établissements régionaux -Déploiement du psychiatre consultant et du psychiatre répondant en 1 ^{re} ligne
Hébergement	Hébergement de crise ainsi qu'hébergement transitoire à prévoir dans la communauté pour la clientèle ne relevant pas des Centres jeunesse mais nécessitant un encadrement plus intensif et soutenant les parents notamment pour ceux ayant un enfant un trouble mental associé à une autre problématique avec l'appui des services pédopsychiatriques			

PARTIE 5 : PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS : COMMENT STRUCTURER UN MODELE D'ORGANISATION DE SERVICES HIERARCHISES POUR LES JEUNES EN SANTE MENTALE AU NIVEAU REGIONAL

PARAMÈTRES ORGANISATIONNELS : COMMENT STRUCTURER UN MODELE D'ORGANISATION DE SERVICES HIERARCHISES POUR LES JEUNES EN SANTE MENTALE AU NIVEAU REGIONAL

Afin d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services, il importe de convenir de concepts qui permettent de structurer le mode d'organisation hiérarchisé tout en tenant compte des particularités régionales. Pour ce faire, les zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les différents partenaires concernés par les enfants et les jeunes ayant un trouble mental ont été identifiées ainsi que des mécanismes facilitant la prise en charge de cette clientèle entre les différents services.

1. L'EQUIPE DE SANTE MENTALE DE 1^{RE} LIGNE

1.1. Définition

Tel que défini par le MSSS, l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS (volet CLSC- Services spécifiques) est ancrée dans un territoire. Son action se situe en continuité avec les services de 1^{re} ligne existants et s'adresse aux enfants et aux jeunes dont le trouble mental, ne peut être traité à ce niveau, à ceux qui n'ont pas de médecin omnipraticien ou de pédiatre.

L'équipe de santé mentale de première ligne, par le guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne, est la voie d'accès privilégiée aux services de 2^e et de 3^e ligne

1.2 Responsabilités des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne

De façon générale, les responsabilités de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne pour le groupe enfance-jeunes comprennent les fonctions suivantes :

- Support au dépistage des problèmes de santé mentale et TED
- Évaluation
- Traitement
- Orientation-liaison
- Expertise-conseil

Plus spécifiquement, les responsabilités incluent les fonctions suivantes :

- Procéder à l'évaluation diagnostique et psychosociale (une première analyse des besoins peut être faite par l'équipe des services généraux. Dans ce cas, l'évaluation de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne complètera la première analyse);
- Traiter et assurer le suivi thérapeutique des enfants et jeunes présentant un trouble mental en s'assurant de la participation des parents;
- Favoriser une intervention concertée lorsque requis et qui doit s'appuyer sur un plan d'intervention (Plan d'intervention, Plan de service individualisé, Plan de service individualisé intersectoriel avec le milieu scolaire);
- Assurer d'accompagner l'enfant et sa famille avec l'information requise vers le service où il est référé;
- Procéder à la priorisation des demandes de services de santé mentale au guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne;
- Voir à la mise en place de corridors de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne notamment par des mécanismes bidirectionnels afin d'assurer
 - o le retour en 1^{re} ligne de la clientèle ayant reçu les services spécialisés de 2^e ligne nécessaires d'une part,
 - o ou/et le maintien d'une complémentarité de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne, d'autre part
- Procéder à des services de consultation et de support clinique auprès des services généraux du CSSS, des équipes du programme Jeunes en difficulté, du programme TED/DI, dépendances et du milieu scolaire;
- Concevoir des programmes et animer des groupes à visée psychoéducative et psychothérapeutique sur des thématiques liées à la santé mentale;
- Assurer les arrimages avec les cabinets de médecins et les pédiatres dans une perspective de soins partagés par le biais de mécanismes de références et de suivi;
- Compléter s'il y a lieu l'évaluation des éléments de dangerosité faite par les services généraux (risque suicidaire, risque homicidaire, présence d'éléments de décompensation psychotique);
- Assurer un suivi auprès des jeunes présentant un potentiel suicidaire élevé en complémentarité avec les services généraux et les services Jeunes en difficulté selon les situations. Les services psychosociaux généraux (Volet CLSC) constituent la porte d'entrée principale aux services de crise;
- Assurer des services-conseils auprès des intervenants du milieu scolaire, du milieu communautaire, des centres jeunesse et des centres de réadaptation;
- Assurer le support et le soutien à l'intégration sociale (ex : soutien aux études, activités de loisirs);
- Documenter les besoins des enfants et des jeunes lorsque la ressource ou le service est inexistant.

1.3 Quelques conditions de réalisation pour assumer une prise en charge plus rapide par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Développer une graduation des demandes de services de santé mentale qui implique
 - o Que l'évaluation et l'urgence d'intervenir prévalent sur l'ordre chronologique des listes d'attente;
 - o L'établissement de critères cliniques prépondérants clairement définis et de délais maximaux assurant le traitement des dossiers moins urgents;
 - o De convenir de mécanismes de référence avec quelques critères d'évaluation en 1^{re} ligne pour faciliter sur le plan régional la complémentarité de services entre la 1^{re} et la 2^e ligne;
 - o D'assurer une couverture plus large;
 - o De convenir de délais d'intervention et d'intensité d'intervention;
 - o De préciser des indicateurs de suivi.

1.4 Composition de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

L'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne peut comprendre des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des agents de relations humaines, des infirmiers et est arrimée à un ou des omnipraticiens au sein du CSSS (volet CLSC).

Rôle du psychologue clinicien au sein de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

La définition des responsabilités de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne implique notamment une définition du **rôle du psychologue clinicien**. Celui-ci joue un rôle important avec l'appui des autres professionnels de l'équipe en matière d'évaluation diagnostique au niveau du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne et de 2^e ligne et au sein de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne. Ses responsabilités avec le soutien des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des agents des relations humaines et des infirmiers, sont entre autres :

- Évaluer le jeune en vue de déterminer son orientation et la nature du traitement nécessaire au sein des services de santé mentale;
- Assurer la consultation et le support clinique auprès de l'équipe famille-enfance-jeunesse du CSSS et autres équipes œuvrant auprès des enfants et jeunes;
- Développer des liens fonctionnels avec les services de pédopsychiatrie et l'ensemble des partenaires dont le milieu scolaire;
- Assumer des interventions de 1^{re} ligne sur le plan du traitement et du suivi thérapeutique;
- Assurer le transfert des connaissances et le support clinique aux membres de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne.

2. GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN 1^{RE} LIGNE ET 2^E LIGNE

2.1 Définition du guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne

Tel que défini dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, « Le guichet d'accès est le lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne. Les professionnels travaillant au guichet d'accès ont pour mandat de déterminer si les personnes devraient retourner dans les services généraux ou les services de 1^{re} ligne d'où elles arrivent (dans ce cas, certains conseils pourraient être prodigués aux intervenants qui les ont dirigés), ou si elles devraient bénéficier plus en avant des services de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne ou encore si elles devraient accéder rapidement aux services de 2^e ligne. À la différence d'un module d'évaluation liaison, le guichet d'accès fait partie des services de 1^{re} ligne ».

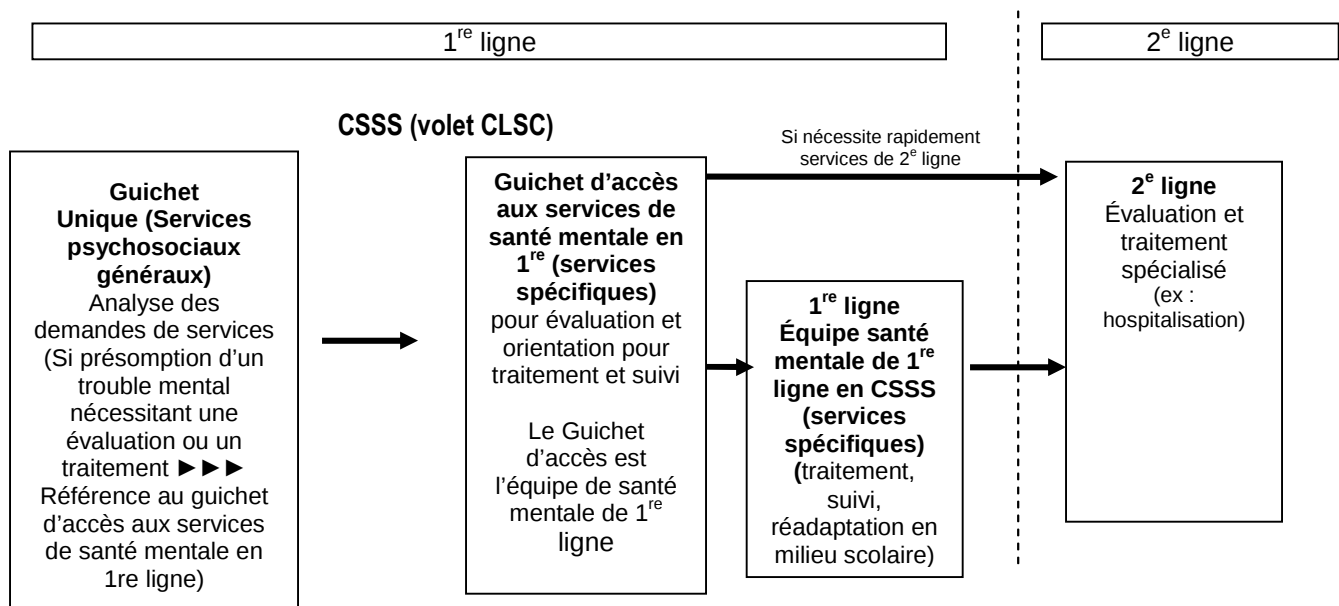
Il est attendu d'avoir un guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne et 2^e ligne pour le groupe adultes ainsi que pour le groupe enfants-jeunes si la masse critique le justifie.

2.2 Objectif du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne et de 2^e ligne

L'objectif du guichet d'accès est de s'assurer que les CSSS identifient un point d'accès clairement défini où s'effectue une évaluation en profondeur pour les cas de trouble mental afin d'orienter adéquatement et rapidement la clientèle vers le niveau de services le plus susceptible de répondre à ses besoins.

2.3 Articulation du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne

Le guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne constitue un mécanisme d'intégration majeure dans la réorganisation des services de santé mentale. Il doit être implanté dans l'objectif de garantir, le plus proche du milieu de vie, une évaluation et une orientation pour un traitement et une prise en charge rapide par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et favoriser un passage fluide vers les services de 2^e ligne lorsque requis. Le bénéfice de ce mécanisme est d'assurer une référence au bon endroit au bon moment, en rapport avec l'intensité requise. Il doit aussi permettre de réduire le délai d'attente entre l'évaluation et le traitement. **Une trajectoire de services plus détaillée est présentée à l'annexe 4.**



Il doit être prévu des mécanismes bidirectionnels prévoyant le retour de la clientèle en 1^{re} ligne.

2.4 Modalités de fonctionnement du guichet d'accès aux services spécifiques de santé mentale en 1^{re} ligne

Le fonctionnement du guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne et 2^e ligne est sous la responsabilité de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne. Celle-ci doit assurer le bon fonctionnement de ce mécanisme d'accès à une évaluation plus spécialisée

à la suite de laquelle sera déterminée l'orientation de l'utilisateur.

Il revient à chaque CSSS de définir les modalités de fonctionnement du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne sur une base locale.

2.5 Caractéristiques du guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne

Le guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne :

- constitue un accès aux services d'évaluation et une orientation pour un traitement et une prise en charge en 1^{re} ou en 2^e ligne. L'accès au guichet peut se faire sans transiter obligatoirement par le guichet unique où une analyse globale des besoins est effectuée. En effet, le CSSS peut déterminer des accès privilégiés au guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne et 2^e ligne avec certains partenaires de son territoire pour toutes les fois où une évaluation a déjà été faite préalablement (ex : par un médecin omnipraticien dans un

cabinet privé) et qu'une prise en charge doit être garantie rapidement par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne.

o Détermine :

- Si l'enfant ou le jeune doit bénéficier des services de santé mentale assurés par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne pour du traitement médical et psychosocial ainsi que du suivi, avec l'appui des services de 2^e ligne si requis;
- Si l'enfant ou le jeune doit accéder rapidement à des services de 2^e ligne;
- Si les enfants et les jeunes qui y sont dirigés devraient retourner dans les services généraux, les autres services de CSSS (volet CLSC) ou les autres services référents d'où ils proviennent avec le support des équipes de santé mentale 1^{re} ligne si pertinent;
- Si, mais dans des cas très rares, le jeune doit être référé aux services de 3^e ligne;
- Des modalités de suivi en présence d'un jeune présentant un potentiel suicidaire élevé en impliquant l'entourage et d'autres partenaires régionaux ou intersectoriels (ex : milieu scolaire)
- S'assure de l'implication de la famille ou d'une personne significative dans les différentes étapes de l'épisode de soins ou de rétablissement selon l'évolution de la situation;
- Demande la participation d'un psychologue clinicien s'il y a besoin de poser un diagnostic. Si l'intervention du psychologue clinicien n'est pas requise parce qu'un médecin d'un cabinet privé a déjà établi un diagnostic, l'implication d'un travailleur social, d'une infirmière ou/et d'un psychoéducateur peut être nécessaire pour compléter l'évaluation sur le plan du volet psycho-social et de réadaptation.

2.6 Guichet unique versus Guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne

Centre de santé et de services sociaux (volet CLSC)	
Porte d'accès aux services psychosociaux généraux et autres services du CSSS	Porte d'accès aux services spécifiques de santé mentale du CSSS (Volet CLSC-services spécifiques)
Guichet unique	Guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne et en 2^e ligne
▪ Clientèle visée : l'ensemble de la population d'un territoire de CSSS; ▪ Accueillir les demandes de services par l'utilisateur, les familles et les proches, les cabinets de médecins, les organismes communautaires, les établissements pour une évaluation et une prise en	▪ Clientèle visée : la clientèle ayant un trouble mental modéré ou grave dont le niveau d'incapacité fonctionnelle nécessite une évaluation spécialisée en vue d'un traitement et d'une prise en charge soutenue; ▪ Procéder à l'évaluation, l'orientation et le triage de la clientèle;

Centre de santé et de services sociaux (volet CLSC)	
Porte d'accès aux services psychosociaux généraux et autres services du CSSS	Porte d'accès aux services spécifiques de santé mentale du CSSS (Volet CLSC-services spécifiques)
charge des besoins de la clientèle en santé mentale; ▪ Procéder à l'analyse globale de la situation pour déterminer si la personne sera référée aux services psychosociaux généraux, aux services Jeunes en difficulté ou directement au guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne. À noter qu'aucune référence ne devrait se faire du guichet unique ainsi que des services généraux vers les services de 2^e ligne sans transiter par le guichet d'accès aux services de santé mentale en 1^{re} ligne.	▪ Organiser ou compléter l'évaluation faite au guichet unique ▪ Voir à la possibilité d'assurer un accès direct au guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne et de 2^e ligne sans transiter automatiquement par le guichet unique : - si un médecin en cabinet privé ou en GMF a déjà établi un diagnostic de santé mentale ou a besoin de la confirmation d'un diagnostic; - si les autres programmes du CSSS (volet CLSC) tel que le programme Jeunes en difficulté nécessite une complémentarité de services avec les services de santé mentale de 1^{re} ligne. - Autres partenaires selon la configuration des services du CSSS ▪ - Faire des recommandations si réorientation vers le prestataire de services référent ou informer du suivi donné à la personne référée.

2.7 Conditions de réussite

- Il s'avère essentiel de bien délimiter les fonctions du guichet d'accès aux services spécifiques de santé mentale en 1^{re} ligne afin que l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne prenne exclusivement en charge la clientèle ayant un trouble mental diagnostiqué ou qui pourrait être diagnostiqué et qui nécessite une évaluation et un traitement approprié le plus proche de son milieu de vie si ses capacités fonctionnelles le permettent. Les enfants et les jeunes présentant une problématique de santé mentale, et non un trouble mental, devraient majoritairement être pris en charge par les services psychosociaux généraux ;
- Assurer l'accès à des outils d'évaluation communs;
- Les professionnels œuvrant en 1^{re} ligne y compris au niveau du guichet d'accès de santé mentale en 1^{re} ligne doivent pouvoir se référer **aux services d'un psychiatre répondant** pour avoir un avis quant à la prise en

charge de la clientèle. Cette modalité organisationnelle devrait permettre l'utilisation judicieuse de la 2^e ligne dans une démarche de hiérarchisation des services.

3. L'IMPLICATION DU MEDECIN OMNIPRATICIEN EN SANTE MENTALE

3.1 Orientation ministérielle

Tel que défini dans le Plan d'action en santé mentale, les médecins de 1^{re} ligne travaillant en cabinet privé sont des acteurs centraux dans le traitement des troubles mentaux modérés et des troubles graves stabilisés. Parmi les patients qu'il reçoit au cours d'une journée typique de cabinet, un généraliste rencontre près de 40% de personnes souffrant de troubles mentaux, souvent camouflés par des plaintes somatiques réelles.

Il est attendu que l'accès rapide à une expertise interdisciplinaire solide dans un CSSS permette à ces médecins de mieux jouer leur rôle dans une perspective de complémentarité de services.

3.2 Rôle du médecin omnipraticien

En 1^{re} ligne, trois niveaux de pratique du médecin omnipraticien sont identifiés soit :

- Dans l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS
- Dans un autre programme ou service du CSSS (volet CLSC)
- Dans la communauté où sont pratiquées des interventions en santé mentale

En 2^e ligne,

- Dans les équipes de 2^e ligne
- Dans les services du CSSS (Volet hospitalisation)

En lien avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* qui met l'accent sur le rôle du médecin omnipraticien dans une organisation de services hiérarchisée, nous nous concentrerons exclusivement dans le présent document sur le rôle du médecin omnipraticien au sein de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne d'une part, et le rôle du médecin œuvrant dans la communauté, d'autre part.

a) Le médecin de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne⁴⁷

- Il est directement impliqué dans l'évaluation, le traitement et le suivi (dont la pharmacothérapie) de la personne référée à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, de son orientation à un professionnel de l'équipe, aux services généraux du CSSS ou aux services de 2^e ligne;
- Il participe à la programmation des services de santé mentale; il joue un rôle de conseiller au sein de l'équipe de santé mentale lors des discussions de cas, ainsi qu'avec les médecins des services généraux du CSSS et les omnipraticiens de la communauté;
- Il peut devenir le médecin traitant d'un patient orphelin ou, il peut aider, en collaboration avec les médecins pratiquant dans la communauté, à la recherche d'un médecin traitant pour les personnes ayant des troubles mentaux graves et dont la condition est stabilisée. Entre temps, il assume le suivi de l'épisode de soins avec le soutien de l'équipe de santé mentale dont le psychiatre répondant;
- En collaboration avec le psychiatre répondant, il répond aux demandes de consultation, de référence et de soutien au développement de l'expertise de l'équipe de santé mentale, des médecins des services généraux du CSSS et de la communauté.

b) Le médecin œuvrant dans la communauté

Dans sa pratique que ce soit dans un groupe de médecine familiale (GMF), ou dans une clinique médicale hors du CSSS, le médecin prend en charge un grand nombre de patients de santé mentale et peut être appelé à poser un diagnostic. Il s'avère essentiel que celui-ci puisse compter sur l'appui d'une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne afin d'assurer une complémentarité de services.

Pour le soutien à la prise en charge, le médecin œuvrant dans la communauté doit pouvoir avoir accès

- À une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS;
- À un psychiatre répondant rattaché à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne du réseau local de services.

⁴⁷ Inspiré de AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, Cadre de référence – Mise en place des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne dans les CSSS- Plan de mise en œuvre à Montréal, Phase 1, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, décembre 2006, Annexe 2.

4. LE PSYCHIATRE REPONDANT

Le MSSS a voulu concrétisé la notion de soins partagés en proposant une nouvelle fonction : le **psychiatre répondant**. Dans une réorganisation de services qui implique l'existence d'une première ligne où s'opère l'évaluation et le traitement appuyée par un réseau hiérarchisé de services de 2^e et de 3^e ligne, le concept de psychiatre répondant joue un rôle central en devenant l'interlocuteur privilégié dans cette définition de hiérarchisation des services⁴⁸.

Selon le MSSS, le psychiatre répondant d'un territoire local, à titre de membre à part entière de l'équipe de santé mentale peut occuper les trois fonctions suivantes. À titre d'interlocuteur privilégié des intervenants de 1^{re} ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste.

- 1) il échange et donne des avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent son expertise spécialisée;*
- 2) dans certains cas, il offre le traitement, mais très rarement;*
- 3) il soutient les fournisseurs de services de 1^{re} ligne.⁴⁹, notamment les médecins omnipraticiens.*

Le psychiatre répondant n'est pas le psychiatre traitant d'un bassin de population⁵⁰ et n'offre des services de traitement que très rarement, si ce n'est que dans une démarche de transfert de connaissances.

Il est prévu d'assurer l'accès à un pédopsychiatre répondant par 50 000 jeunes et que 20 % des activités d'un département de psychiatrie soient dévolues à la fonction de psychiatre répondant.

5. LA FONCTION D'INTERVENANT PIVOT

La notion de fonction d'intervenant-pivot fait référence à un professionnel de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne avec lequel l'enfant ou le jeune ainsi que la famille **créent des liens plus étroits en cours de traitement et de suivi thérapeutique**. La personne ayant une fonction d'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, et a une vue d'ensemble des services que celle-ci ainsi que les parents et les proches pourraient recevoir. Les fonctions de l'intervenant -pivot sont :

48 Un document d'orientation du MSSS définissant le rôle du psychiatre répondant et les modalités d'implantation est en voie d'élaboration

49 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010- la force des liens*, septembre 2005, page 22.

50 Un document d'orientation du MSSS définissant le rôle du psychiatre répondant et les modalités d'implantation est en voie d'élaboration

- compléter l'expertise clinique en santé mentale dans les services de 1^{re} ligne;
- Assurer et favoriser la continuité des services offerts aux jeunes en impliquant les familles ainsi que la concertation des professionnels concernés par le plan d'intervention;
- effectuer certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec l'enfant et le jeune ainsi que la famille et coordonner plusieurs autres activités pour mieux répondre aux besoins exprimés
- Assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan d'intervention, du plan de service individualisé ainsi que le plan individualisé intersectoriel;
- Compte tenu du nombre important des partenaires de services associés au traitement et au suivi, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité.⁵¹

6. LA FONCTION D'AGENT DE LIAISON

La notion d'agent de liaison fait référence à un professionnel de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne qui, à l'intérieur du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne et de 2^e ligne assure le développement de liens fonctionnels et efficaces entre les partenaires et les ressources du milieu. Ses fonctions sont :

- Faciliter l'accessibilité aux services de santé mentale selon les résultats de l'évaluation effectuée au guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne;
- Assurer une continuité de services entre le guichet d'accès aux services de santé mentale et l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, l'urgence hospitalière et les services de 2^e ligne;
- Assurer par l'entremise de mécanismes bidirectionnels le retour de l'enfant ou du jeune de la 2^e vers la 1^{re} ligne ou une complémentarité continue entre les niveaux de services;
- Assurer la transmission d'information auprès des référents afin d'assurer une continuité de services (ex : un médecin de famille doit être informé du suivi donné à un enfant pris en charge par les services de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne);
- Faire le lien avec le professionnel qui sera responsable du plan de service individualisé.

7. LE PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ (PSI)

Le plan de service individualisé (PSI) est un processus clinique dont les informations recueillies font partie du dossier de la personne. Il doit permettre l'intégration des services aux niveaux clinique et organisationnel en impliquant la participation de l'enfant, du jeune, ainsi que de la famille, des proches et de l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires.

⁵¹ *Ibid.*, p. 71.

Ce processus clinique permet de définir :

- l'ensemble des besoins de l'enfant ou du jeune ainsi que les parents et leur mise en priorité convenue avec chacun d'eux;
- les orientations d'actions et de services en accord avec les attentes de l'enfant, du jeune et de sa famille;
- Les services requis;
- les modalités suivantes : fréquence, séquence ou ordonnancement des activités, durée prévisible, horaire;
- Les démarches ponctuelles;
- L'analyse en continu des besoins non comblés.⁵²

Il est important qu'un représentant de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne soit clairement identifié pour assurer le suivi de la démarche de PSI auprès des partenaires. Dans ce cas, il occupera la fonction d'intervenant-pivot.

8. ZONES DE COLLABORATION ENTRE L'ÉQUIPE DE SANTÉ MENTALE ET LES AUTRES PARTENAIRES

Afin qu'une organisation des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes repose sur une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services, des zones de collaboration de qualité avec les partenaires sont à redéfinir selon le principe de hiérarchisation des services tel que défini à la partie 1-point 2.

Les CSSS ont à définir clairement les rôles, les responsabilités et les liens entre la 1^{re}, la 2^e, la 3^e ligne, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels à l'intérieur d'ententes conclues entre les acteurs du réseau local et, en fonction des différents facteurs venant influencer le niveau de services. Compte tenu que l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne est au cœur de la nouvelle organisation de services, nous mettrons essentiellement l'accent sur les zones de collaboration entre celle-ci et l'ensemble des partenaires.

8.1 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les médecins omnipraticiens

Nature des services des médecins omnipraticiens en lien avec la problématique de trouble mental

Tel que défini par le MSSS, les activités médicales des bureaux privés d'omnipraticiens, de GMF, de pédiatres, sont :

- l'évaluation visant à poser un diagnostic, ou une orientation diagnostique;

⁵² AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Perte d'autonomie liée au vieillissement, Cadre régional de l'Outaouais*, Direction de l'organisation des services, Gatineau, 2006, p.29.

- la stabilisation des états de crise;
- assurer un traitement.

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Informer les médecins omnipraticiens (ex : cabinets privés, groupes de médecine familiale, médecins en milieu hospitalier, les médecins spécialistes) des modalités de fonctionnement du programme spécifique de santé mentale en CSSS (volet CLSC);
- Clarifier les corridors d'accès aux services de 1^{re} ligne versus les services de 2^e ligne afin que les références et les complémentarités de services se fassent surtout entre les médecins omnipraticiens et l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne avant toute référence vers les services spécialisés;
- Instaurer des modes de collaboration avec les médecins en pratique privée (mécanismes de référence à établir);
- Identifier les problématiques sur le plan de collaborations spécifiques avec les médecins omnipraticiens propres à chaque territoire et dégager des priorités d'actions en conséquence;⁵³
- Assurer des retours d'information auprès du médecin référent une fois la prise en charge du jeune ou de l'enfant fait par l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne.

8.2 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les programmes-services de 1^{re} ligne (hors programme santé mentale) pour un trouble mental au sein du CSSS (volet CLSC)

Nature des services des programmes services (hors programme santé mentale) en lien avec la problématique de trouble mental

- Ces services regroupent les activités d'accueil, d'évaluation, de traitement, de suivi thérapeutique ou de référence à l'attention des enfants et de jeunes présentant une problématique associée à un trouble mental. Ces services peuvent se situer à l'intérieur des services psychosociaux généraux ainsi qu'à l'intérieur des services spécifiques des programmes autres que celui de la santé mentale (ex : jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement)

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

⁵³ Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, *L'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne en Outaouais, Comment réussir l'intégration des services médicaux offerts à la population grâce à une organisation efficiente en 1^{re} ligne ?*, adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 30 novembre 2006, p.

- Collaborer pour compléter l'évaluation des besoins effectuée aux services psychosociaux généraux ou autres programme-services du CSSS;
- Consultation et support clinique auprès des services généraux du CSSS (volet CLSC), des services spécifiques des programmes suivants TED/DI, dépendances, jeunes en difficulté, toxicomanie, déficience physique;
- Soutenir les interventions des équipes des CSSS (hors du programme de santé mentale);
- Collaborer de façon complémentaire au niveau du partage d'expertise et de conseil.

8.3 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les activités imputées au Programme-services Santé publique

Nature des services du programme-services santé publique en lien avec la problématique de trouble mental

- Soutenir la mise en œuvre de l'approche *École en santé* pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des jeunes et prévenir les problèmes de santé dont les problèmes de santé mentale, d'intégration et d'adaptation sociale;
- Soutenir l'organisation de campagnes de communication sociétales portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des jeunes ainsi que sur la prévention de problèmes psychosociaux tels que la violence, les agressions sexuelles, l'abus, la négligence et les problèmes de santé mentale;
- Mettre en œuvre une intervention globale au regard de la prévention du suicide incluant notamment l'établissement des réseaux sentinelles dans le milieu jeunesse⁵⁴

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Soutenir sur le plan de l'expertise;
- Soutenir sur le plan du repérage notamment en matière de suicide.

⁵⁴ DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS, *Pour des gens en santé dans les milieux en santé : Plan d'action régional en santé publique Outaouais 2004-2007*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, p.16.

8.4 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le programme services psychosociaux généraux

Nature des services du programme services psychosociaux généraux en lien avec la problématique de santé mentale

- Services d'accueil, d'évaluation, d'orientation, d'information, d'accompagnement et de référence personnalisée en personne ou par voie téléphonique notamment dans le cadre des services Info-social et Info-santé.
- Participer au repérage des personnes atteintes de trouble mental et nécessitant une évaluation plus approfondie.

Implication pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Soutenir l'expertise des intervenants des Services psychosociaux généraux afin d'assurer le repérage de la clientèle nécessitant une évaluation plus approfondie et un suivi thérapeutique ainsi que le dépistage;
- Définir conjointement les critères d'évaluation de demandes de services de santé mentale qui relèvent des services généraux et qui rendent pertinents l'accès à l'équipe de santé mentale pour compléter l'évaluation lorsque requis;
- Établir des ententes et des mécanismes de liaison entre les services généraux et les équipes de santé mentale de 1^{re} ligne, notamment les services en situation de crise, les services de prise en charge dans la communauté.

8.5 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le programme-services Jeunes en difficulté

Tel que défini dans la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, les objectifs des services du programme-services Jeunes en difficultés en lien avec la santé mentale dans sa définition large doivent

- Augmenter graduellement la disponibilité des services en santé mentale;
- Préciser et définir le continuum de services spécialisés psychosociaux, de réadaptation et de santé mentale ainsi que l'offre de services devant s'y rattacher;
- Implanter progressivement des équipes d'intervention jeunesse dans chaque territoire de CSSS;
- Mettre en place un mécanisme de jonction des services, soit des protocoles régionaux de liaison et d'orientation entre les services de base et spécialisés.

- Soutenir l'expertise des intervenants du programme Jeunes en difficulté afin de repérer la clientèle nécessitant un suivi;
- Définir conjointement les critères d'évaluation qui relèvent du programme Jeunes en difficulté et qui rendent pertinent l'accès à l'équipe de santé mentale pour compléter l'évaluation.

8.6 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne avec les services de pédiatrie

Nature des services en lien des services de pédiatrie en lien avec la problématique de trouble mental

Le département de pédiatrie, de par sa formation, peut évaluer, diagnostiquer et traiter la plupart des problématiques de santé mentale et de trouble mental que peuvent présenter les enfants et les adolescents.

Les pédiatres peuvent s'associer à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne pour les raisons suivantes :

- À titre de consultants comme ils le font auprès des médecins de famille;
- Évaluer et émettre des hypothèses diagnostiques pour les enfants présentant un retard de développement au sein du guichet d'accès aux services de santé mentale;
- Établir certains diagnostics d'orientation tels que le trouble envahissant du développement, les troubles déficitaires d'attention avec ou sans hyperactivité et les comorbidités qui les accompagnent : troubles oppositionnels, troubles de la conduite;
- Évaluer et diagnostiquer dans certains cas les cas de troubles anxieux; les troubles alimentaires, les cas de troubles psychosomatiques, les cas de négligence, les cas de troubles d'adaptation ainsi que participer au suivi de ces clientèles si les pédiatres ont accès à des services de psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs en 1^{re} ligne;
- Assurer des suivis auprès des cas plus lourds de troubles de la conduite ou offrir un diagnostic d'orientation s'i les pédiatres sont appuyés par une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et s'ils peuvent compter sur l'appui de pédopsychiatres consultants⁵⁵.

Au niveau régional, il importe de délimiter clairement les responsabilités qui incombent à la pédiatrie versus celle du pédopsychiatre eu égard aux enfants et aux jeunes présentant un trouble mental.

⁵⁵ Selon la position entérinée par le conseil d'administration de l'Association des pédiatres du Québec, le 17 mars 2005, www.pediatrie.ca

8.7 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale et les services de pédopsychiatrie

Selon le niveau d'incapacité fonctionnelle et le diagnostic, l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne doit avoir accès à une gamme de services en pédopsychiatrie

Dans le cadre de leur mission de services spécialisés, les pédopsychiatres et l'équipe de santé mentale de 2^e ligne:

- Assurent des services d'évaluation et de traitement spécialisés, incluant l'hospitalisation ;
- Assumer un **rôle de consultation-liaison** en favorisant un accès rapide aux demandes d'évaluation en provenance des services de 1^{re} ligne et des pédiatres
- Participent à des discussions cliniques entre partenaires;
- Offrent des activités de supervision clinique dans le but de faciliter le transfert de l'expertise de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne;
- Participent à des activités de recherche en vue d'accroître le niveau des connaissances notamment sur le plan de l'évaluation et du traitement;
- Offrent des services de consultation et de formation auprès des partenaires;
- Conseillent et apportent leur soutien clinique en matière d'évaluation et de traitement aux médecins omnipraticiens, aux pédiatres, à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et aux partenaires offrant des services spécialisés dans une perspective de soins partagés;
- Afin d'assurer une continuité de services, les équipes de 2^e ligne doivent s'assurer que lors d'un retour de la clientèle vers la 1^{re} ligne, l'information nécessaire soit transmise ainsi que le support clinique afin de permettre à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne d'assurer une prise en charge continue de la clientèle;
- Participer à l'élaboration d'un plan de service individualisé;
 - o Compléter, valider des évaluations ou établir un diagnostic psychiatrique dans les cas de plus haut niveau de complexité;
 - o Rendre accessible les services de pédopsychiatrie à la clientèle provenant du guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} ligne ou de la pédiatrie et où une évaluation a défini la pertinence de référer à la 2^e ligne.
 - o Tenir un rôle conseil et de formation auprès des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne en CSSS.
- Assurer le déploiement de la fonction du psychiatre-répondant auprès des équipes de santé mentale de 1^{re} ligne et d'autres partenaires.
- Participer à l'évaluation d'un plan de service individualisé.

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Définir clairement son offre de service en 1^{re} ligne selon les profils de clientèles auprès desquelles elle est en mesure d'intervenir;
- Assurer des mécanismes de liaison avec l'équipe de santé mentale de 2^e ligne;
- Assurer la mise en place d'un mécanisme d'évaluation des demandes de services de santé mentale impliquant la participation de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et l'équipe de santé mentale de 2^e ligne pour procéder à l'évaluation des dossiers des enfants et des jeunes présentant un trouble mental. À cet effet, prévoir un mécanisme permettant de prioriser des demandes de services et le soutien de la 2^e ligne sur le plan de l'évaluation;
- À noter que la clientèle en provenance directe des cabinets de médecins et des services psychosociaux généraux devrait dans la majorité des situations être référée à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, mais pourrait être référée à la 2^e ligne si la complexité et le niveau de dangerosité nécessitent une intervention spécialisée rapidement;

8.8 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les établissements œuvrant en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficience physique incluant les centres jeunesse.

Les zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les établissements ayant un mandat de 2^e ligne s'avèrent nécessaires pour les raisons suivantes :

- Éviter les situations dites de *zones grises* retardant ainsi une prise en charge rapide de l'enfant et du jeune avec le risque d'augmenter la détérioration de l'état mental de ces derniers;
- Développer et maintenir les liens étroits entre les partenaires responsables, entre les services de 1^{re} ligne et les services spécialisés et ce, en fonction des principes de hiérarchisation des services.

Implications pour les services de 2^e ligne auprès de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Apporter son expertise-conseil dans le cadre d'une évaluation des besoins ou d'une évaluation diagnostique faite au guichet d'accès ainsi que d'un traitement lorsqu'un jeune présente un problème de santé mentale associé à une autre problématique;
- Apporter des précisions quant à un diagnostic différentiel;
- Participer à l'élaboration d'un plan de services individualisé;
- Voir au soutien à l'intégration et au maintien en milieu de garde et aux autres milieux d'activités;
- Assurer l'accès au programme de traitement;
- Soutenir l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne dans la continuité de services notamment lorsque les services de 2^e ligne s'avèrent moins pertinents.

- Déterminer et gérer l'accès aux services spécialisés lorsque requis et avec la collaboration des partenaires concernés;
- Développer une expertise pour évaluer les problèmes de santé mentale associés à une autre problématique avec le soutien des équipes de 2^e ligne;
- Les établissements régionaux doivent pouvoir bénéficier de la collaboration formelle des services de 1^{re} ligne notamment pour les centres jeunesse dans les cas où les jeunes nécessitent de services relevant de la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS);
 - o Dans le volet évaluation et traitement des troubles mentaux dans les services de 1^{re} ligne, améliorer les liens des équipes de 1^{re} ligne et de 2^e ligne, notamment lorsqu'une ordonnance de cour exige un suivi en santé mentale.
 - o La mise en place des équipes de 2^e niveau avec expertise en santé mentale pour les jeunes qui ont des troubles mentaux et qui sont sous la responsabilité des centres jeunesse implique des arrimages avec les services hiérarchisés en santé mentale.

8.9 Zones de collaboration entre l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et les services intersectoriels

L'entente avec le Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport (MELS), *Deux réseaux, un objectif, le développement des jeunes*⁵⁶, a pour but de mettre en place des mesures structurantes pour assurer les responsabilités communes du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu scolaire au regard des jeunes en difficulté. Un des mécanismes visant une meilleure intégration de services est le Plan de service individualisé et intersectoriel (PSII)

*Le PSII constitue le levier intégrateur désigné dans l'entente de complémentarité pour assurer la cohérence des interventions et la continuité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux auprès des jeunes et de leurs parents. Il constitue le moyen privilégié pour orchestrer les interventions de tous les partenaires impliqués auprès du jeune afin de permettre des actions structurées, concertées et continues. Le PSII s'appuie sur une vision systémique de la situation du jeune et de ses parents et sur une approche de résolution de problèmes.*⁵⁷

⁵⁶ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL, *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, novembre 2005, avec la participation du ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, p.9

⁵⁷ GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL, *entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, novembre 2005, avec la participation du ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation, 24 pages.

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Tel que déjà mentionné, la clientèle en provenance directe du milieu scolaire, devrait dans la majorité des situations être référée à l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne dès que celle-ci sera organisée;
- Définir une entente de services avec le milieu scolaire afin de faciliter la prise en charge de la clientèle en 1^{re} ligne, notamment dans des cas de crise suicidaire qui nécessite un suivi.

8.10 Zones de collaboration à développer à l'attention des jeunes en transition vers l'âge adulte

Implications pour l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne

- Assurer des liens fonctionnels avec les réseaux responsables du logement, de la formation professionnelle et de l'intégration par l'emploi. À noter que les équipes d'intervention jeunesse ont un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit de rendre possible des arrimages intersectoriels dans des dossiers complexes;
- Assurer le transfert de suivi de traitement;
- Consolider les liens de collaboration avec les organismes communautaires œuvrant au niveau du logement et d'insertion à des programmes reliés à l'emploi

PARTIE 6: ÉVALUATION ET SUIVI

1. SUIVI DES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Le secteur de la santé mentale est inclus dans la démarche de gestion par résultats adoptés par le MSSS dans le cadre d'ententes entre l'Agence et les établissements. Ces ententes viennent déterminer les priorités d'actions au niveau régional. Comme pour l'année 2006-2007, les indicateurs en 2007-2008 viseront à mesurer le :

1. Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence en 1^{re} ligne spécialisée en santé mentale en CSSS (volet CLSC);
2. Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.

2. ÉVALUATION DES DÉPENSES ENTRE LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Tel qu'indiqué dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, le deuxième type de suivi a trait aux services qui doivent être accessibles localement en fonction des services requis. Ce suivi permettra d'apprécier l'accessibilité de la gamme de services offerts dans chaque territoire local et d'évaluer la répartition des dépenses entre les services et les territoires locaux.

La gamme de services offerte localement est évaluée par les Agences, à l'aide d'une version modifiée de l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS). Ce système permet d'établir une prévision des dépenses et des volumes d'activités puis à comparer les résultats obtenus avec l'activité réelle en fin d'exercice.

L'outil OASIS a été implanté durant l'hiver 2006 à titre de projet pilote et a été relancée en 2007. Cette démarche permet d'évaluer le niveau d'implantation du Plan d'action ministériel notamment sur l'augmentation graduelle de la prise en charge de la clientèle en santé mentale en 1^{re} ligne versus la 2^e ligne.

3. SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTE MENTALE POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES 2007-2010

Le comité régional santé mentale enfance-jeunesse s'assure du suivi d'implantation des actions prioritaires en santé mentale au niveau régional en s'appuyant sur le plan d'action en santé mentale pour le groupe enfants-jeunes- région de l'Outaouais 2006-2007. Les travaux ont permis de définir les présentes orientations régionales et tel qu'indiqué en conclusion, les étapes prochaines consisteront en l'actualisation d'actions prioritaires allant jusqu'en 2010.

4. INDICATEURS EN LIEN AVEC LE PROJET CLINIQUE DU PROGRAMME-CLIENTELE SANTE MENTALE

Une liste d'indicateurs en appui aux projets cliniques des CSSS est proposée à l'annexe 5 et vise à permettre aux CSSS et à leurs partenaires de mieux préciser leur offre de services à partir des éléments suivants:

- Vision de l'organisation des services d'évaluation et de traitement en santé mentale;
- Connaissance du profil des clientèles et l'utilisation des services d'évaluation et de traitement en santé mentale;
- Gamme de services d'évaluation et de traitement en santé mentale;
- Coordination de services en matière d'évaluation et de traitement;
- Accès aux services d'évaluation et de traitement;
- Ententes de services
- Formation
- Ratios enfants-jeunes/intervenants

CONCLUSION

Afin d'assurer un mieux-être aux enfants et aux jeunes ayant un trouble mental ainsi qu'à leurs parents, il s'avère pertinent d'assurer la mise en place d'une organisation hiérarchisée de services visant l'amélioration de l'accès aux services de 1^{re} ligne où le CSSS constitue la porte d'entrée principale aux services d'évaluation et de traitement afin de réserver l'accès aux services de 2^e ligne pour les situations plus complexes et nécessitant une expertise psychiatrique.

C'est dans cet objectif que des orientations régionales ont été définies afin de soutenir les CSSS et leurs partenaires dans l'actualisation de mesures permettant d'organiser les services selon le principe de hiérarchisation des services. Pour parvenir à cette fin, il s'avère essentiel de tenir compte des conditions de réalisation suivante.

- Une vision plus claire du départage des niveaux de services selon le principe de hiérarchisation des services et le partage d'objectifs communs;
- Une volonté d'organiser les services pour les enfants et les jeunes afin d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services majoritairement dans le milieu de vie le plus significatif pour l'enfant ou le jeune en impliquant la famille.

Afin de soutenir l'actualisation des orientations régionales, un *Plan d'action santé mentale enfants-jeunes 2006-2007 – Région de l'Outaouais* a déjà été élaboré et fait l'objet de discussions dans le cadre des travaux du Comité régional enfants-jeunes en santé mentale pour assurer la mise en place et le suivi de l'implantation des services de santé mentale pour le groupe enfants-jeunes ayant un trouble mental. Ce plan d'action sera complété d'autres actions prioritaires afin de permettre la poursuite d'une organisation hiérarchisée de services de santé mentale pour la région de l'Outaouais et soutenir les CSSS dans leurs travaux en cours.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Portrait de l'organisation des services sociaux et de la santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille, Vers un réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (-17 ans, Laval, 2005, 247 pages.*

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Mise à jour de l'organisation des services en santé mentale dans la région de l'Outaouais, Cahier des annexes, 2004, 86 pages.*

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Orientations et stratégies régionales relatives aux services de santé mentale de moins de 18 ans et leurs proches, juin 2006, 30 pages.*

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Une vision intégrée du réseau outaouais. Démarche régionale de mise en place des réseaux locaux de services : proposition de configuration des territoires et des instances locale, 2004, Gatineau, 59 pages plus annexes.*

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Mise à jour de l'organisation des services en santé mentale dans la région de l'Outaouais, Cadre de référence, 2004, Gatineau, 51 pages.*

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Réseaux de services intégrés Perte d'autonomie liée au vieillissement, Cadre régional Outaouais, Direction de l'organisation des services, Gatineau, 2006, 59 pages.*

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *L'organisation des services médicaux de 1re ligne en Outaouais, Comment réussir l'intégration des services médicaux offerts à la population grâce à une organisation efficiente en 1re ligne ?, adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 30 novembre 2006.*

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Cadre de référence, Mise en place des équipes de santé mentale de première ligne dans les CSSS-Plan de mise en œuvre à Montréal, Phase 1, décembre 2006*

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Offre de services de première ligne en santé mentale, Le programme de santé mentale de 1re ligne pour la clientèle jeunesse, août 2004. 22 pages.*

ASSOCIATION DES PÉDIATRES DU QUÉBEC, www.pediatres.ca

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, *La jeunesse et les maladies mentales, www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Youth_fr.asp*

BRETON, Jean-Jacques et Jean-Pierre-Valla, « Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches », dans GAGNON, André, Dr. et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, Chapitre 1*

BRETON, Jean-Jacques, Marie A. PLANTE et Marie ST-GEORGES, *État de situation des services de pédopsychiatrie au Québec en 2001, Rapport produit par le Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, 40 pages*

COMITÉ D'EXPERTS SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE, *Rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale, Accessibilité aux soins et services, Clientèle jeunesse, 20 août 2004, 12 pages.*

COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Recommandations pour développer et enrichir la Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec, Québec, 1994, 60 pages.*

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie, Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, Rapport 1, 2004, Senate – Sénat Canada, www.parl.gc.ca

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *De l'ombre à la lumière*, Résumé et recommandations, Mai 2006, 91 pages.

COMITÉ SUR LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIALISÉS DESTINÉS AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE, *De la complicité à la responsabilité*, édition produite par la Direction générale des services sociaux du MSSS, 30 avril 2004, 95 pages.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS, *Pour des gens en santé dans les milieux en santé : Plan d'action régional en santé publique Outaouais 2004-2007*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 74 pages.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAIS, *Priorités de santé publique en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, septembre 2005, 41 pages.

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES, *L'organisation des services médicaux de première ligne en Outaouais, Comment réussir l'intégration des services médicaux offerts à la population grâce à une organisation efficiente*, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 2007, 35 pages.

GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, 427 pages.

GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, *Avis, Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*, Direction générale des services à la population, MSSS, mars 2003, 37 pages.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL, *Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, novembre 2005, avec la participation du Ministère de la santé et des services sociaux et le Ministère de l'Éducation, 24 pages.

INFOCENTRE DE L'OUTAOUAIS, *Entrepôt régional de données, Registre de la salle d'urgence*; ISQ.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Projections de la population du Québec, selon le territoire de CLSC, le sexe et certains groupes d'âge, au 1^{er} juillet 2001 à 2026*, janvier 2005.

KATES, N « Nouvelles approches, Collaborations entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », dans *Santé mentale au Québec*, vol.27, n.2, 2002, p.93-108 dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2005, p.22

LEFEBVRE, Arlette, « Handicaps et maladies chroniques » dans GAGNON, André, Dr, et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales, Les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Éd. Gaëtan Morin, Montréal, chapitre 14.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan stratégique 2005-2010*, Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2005, p.29

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, , Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, La force des liens*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2005, 96 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 48 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, document principal, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Octobre 2004, 75 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, *Suivi de l'actualisation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, Répartition de l'offre de service de votre établissement déployée par territoire local, Annexe 1 – Phase B*, 2006.

N.KATES, « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n.2, 2002, pp.93-108.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE, *Grandir en santé mentale en Montérégie : projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale*, janvier 2001, 247 pages.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS (Moreau et al.), *Vers une vision commune de collaboration interétablissement, Santé mentale enfance jeunesse : portrait des services et liens interétablissements en Outaouais*, septembre 2002, 212 pages.

WADDELL, C et C.SHEPHERD, *Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth, Vancouver, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit*, University of British Columbia, 2002, 5 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Données sur la consommation hospitalière dans la région de l'Outaouais 2004-2005

Catégorisation	Hôpital	Filles et adolescents 0-17 ans	Garçons et adolescents 0-17 ans	Total
a. Démence & états psycho. organiques chroniques	Non applicable			
Total a. Démence & états psycho. organiques chroniques		0	0	0
b. Schizophrénie, états délirants & autres psychoses	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET SHAWVILLE WAKEFIELD	5	1 11	1 16
Total b. Schizophrénie, états délirants & autres psychoses		5	12	17
c. Psychoses affectives	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET SHAWVILLE WAKEFIELD	1 2 11 1	 6 1 6	1 8 1 17 1
Total c. Psychoses affectives		15	13	28
d. Troubles anxieux et névrotiques	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET SHAWVILLE WAKEFIELD	1 18 1 20	2 14 1 14	3 32 2 34
Total d. Troubles anxieux et névrotiques		40	31	71
e. Troubles de la personnalité	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET SHAWVILLE WAKEFIELD	1 2 3		1 2 3
Total e. Troubles de la personnalité		6	0	6
f. Psychoses alcooliques & dues aux drogues	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET		1 1	1 1
Total f. Psychoses alcooliques & dues aux drogues		0	2	2
g. Abus de drogues & dépendances	BUCKINGHAM GATINEAU HULL MANIWAKI PIERRE-JANET SHAWVILLE	1 2		1 3
Total g. Abus de drogues & dépendances		3	1	4
h. États psychiques dus à une affection	BUCKINGHAM			

Catégorisation	Hôpital	Filles et adolescentes 0-17 ans	Garçons et adolescents 0-17 ans	Total
médicale générale	GATINEAU HULL SHAWVILLE PIERRE-JANET		1	1
Total h. États psychiques dus à une affection médicale générale		0	1	1
i. Autres troubles non classés ailleurs	BUCKINGHAM		1	1
	GATINEAU	19	13	32
	HULL			
	PIERRE-JANET	18	12	30
	SHAWVILLE			
Total i. Autres troubles non classés ailleurs		37	26	63
j. Troubles mentionnés dans DSM-IV (et non dans CIM-9)	BUCKINGHAM		2	2
	GATINEAU	8	8	16
	HULL	1		1
	MANIWAKI			
	PIERRE-JANET	3	10	13
	SHAWVILLE			
	WAKEFIELD	1		1
Total j. Troubles mentionnés dans DSM-IV (et non dans CIM-9)		13	20	33
Total		119	106	225

Source : Infocentre du MSSS, fichier J-57

ANNEXE 2 : Ratio des hospitalisations en santé mentale pour le groupe 0-17 ans

Proportion des personnes résidentes et hospitalisées avec un diagnostic de troubles mentaux, par district et groupes d'âge, en 2004/05						
Proportion de la population du district						
ratio population	0-12 ans	13-17 ans	18-25 ans	26-49 ans	50-64 ans	65 & +
Hull	19%	16%	23%	24%	19%	24%
Grande-Rivière	13%	14%	13%	11%	11%	9%
Gatineau	33%	34%	34%	32%	31%	25%
Pontiac	6%	6%	5%	5%	7%	9%
Collines	10%	9%	7%	9%	9%	5%
Vallée-de-la-Gatineau	5%	6%	5%	5%	7%	9%
Vallée-de-la-Lièvre	11%	11%	9%	10%	9%	10%
Petite-Nation	3%	4%	4%	4%	7%	9%
OUTAOUAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proportion des hospitalisations du district						
ratio hospitalisation	0-12 ans	13-17 ans	18-25 ans	26-49 ans	50-64 ans	65 & +
Hull	21%	10%	25%	21%	21%	26%
Grande-Rivière	8%	16%	4%	5%	4%	6%
Gatineau	32%	49%	38%	39%	35%	41%
Pontiac	3%	2%	2%	4%	4%	3%
Collines	5%	3%	7%	4%	6%	3%
Vallée-de-la-Gatineau	5%	6%	10%	15%	14%	7%
Vallée-de-la-Lièvre	24%	10%	8%	7%	9%	8%
Petite-Nation	1%	5%	5%	5%	8%	7%
OUTAOUAIS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Un ratio supérieur à 1 signifie que la proportion des hospitalisations d'un groupe est plus élevée que son poids démographique						
ratio pop/ hospit	0-12 ans	13-17 ans	18-25 ans	26-49 ans	50-64 ans	65 & +
Hull	1,1	0,6	1,1	0,9	1,1	1,1
Grande-Rivière	0,6	1,2	0,3	0,5	0,3	0,6
Gatineau	1,0	1,4	1,1	1,2	1,1	1,7
Pontiac	0,5	0,3	0,4	0,8	0,6	0,3
Collines	0,6	0,3	1,0	0,4	0,6	0,6
Vallée-de-la-Gatineau	1,0	1,1	2,0	2,9	1,9	0,8
Vallée-de-la-Lièvre	2,1	0,9	0,9	0,7	1,0	0,8
Petite-Nation	0,4	1,2	1,4	1,4	1,2	0,8
OUTAOUAIS	1	1	1	1	1	1

Annexe 3 : Consommation hospitalière régionale et provinciale

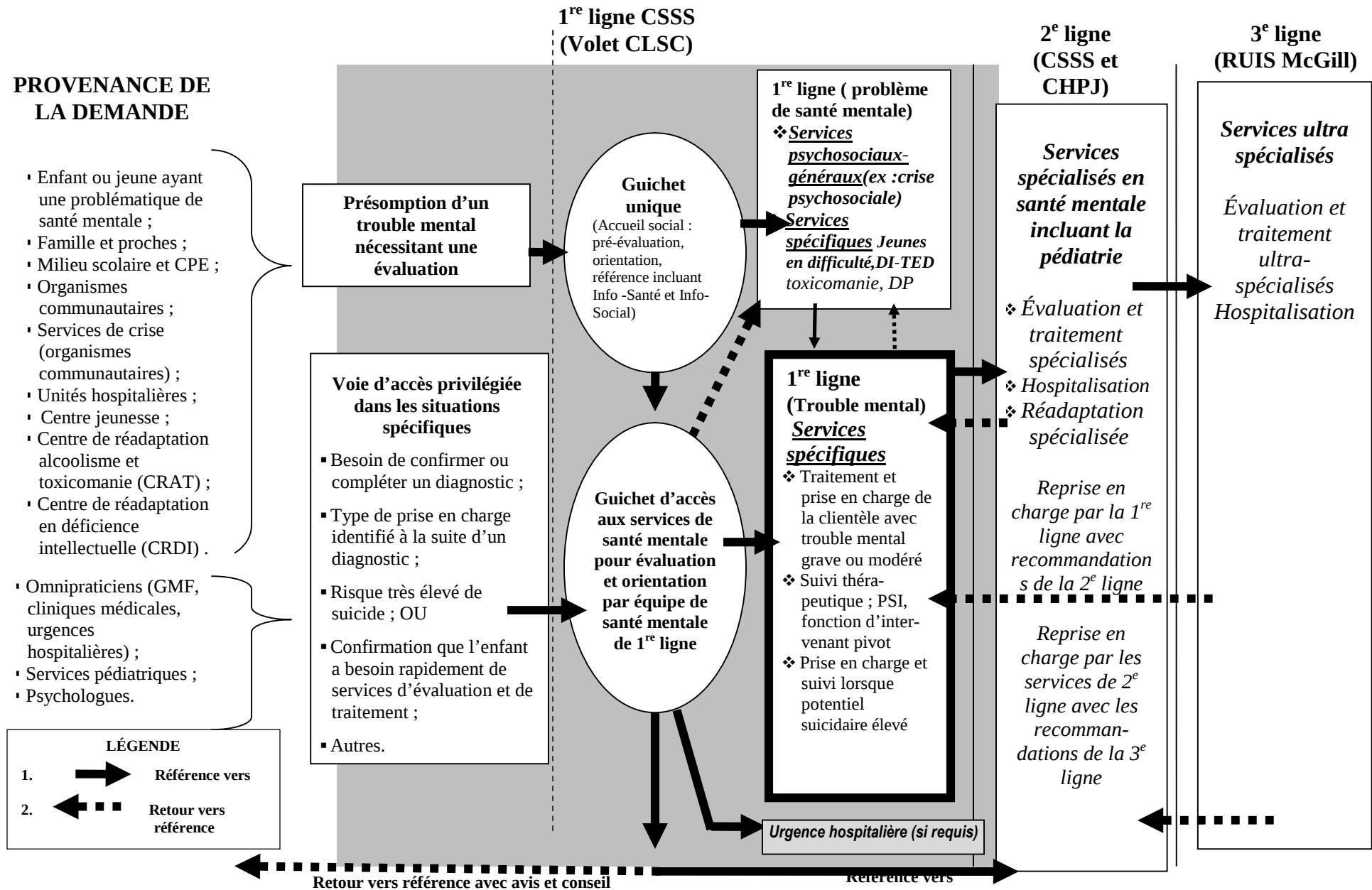
Hospitalisations de patients de moins de 18 ans, selon la région du patient, 2005/06

Nombre d'hospitalisations en santé mentale (CMD # 19-20), selon la région du bénéficiaire		
Population âgée de 17 ans & -, en 2006	Nb sorties par 1000	Région
4 376	14,9	17
19 795	4,2	09
30 936	3,4	08
79 213	2,8	12
74 155	2,8	07
3 356	2,7	10
90 947	2,6	04
52 881	2,4	02
16 374	2,4	11
5 209	2,3	18
36 216	1,9	01
116 936	1,9	03
92 906	1,8	14
1 528 258	1,7	Qc
77 209	1,4	13
292 388	1,3	16
60 844	1,3	05
360 733	1,1	06
113 784	0,8	15

Nombre de jours d'hospitalisation en santé mentale (CMD # 19-20), selon la région du bénéficiaire			
Population âgée de 17 ans & -, en 2006	Nb jours par 1000	Équivalent-lits (tx d'occ. 90%)	Région
4 376	68,1	0,9	17
16 374	67,1	3,3	11
74 155	62,1	14,0	07
116 936	48,6	17,3	03
19 795	47,4	2,9	09
52 881	43,4	7,0	02
30 936	28,9	2,7	08
1 528 258	26,7	124,0	Qc
79 213	26,0	6,3	12
360 733	24,9	27,3	06
92 906	24,0	6,8	14
292 388	20,4	18,2	16
77 209	19,4	4,6	13
90 947	18,1	5,0	04
36 216	15,3	1,7	01
5 209	14,6	0,2	18
60 844	12,3	2,3	05
113 784	9,9	3,4	15
3 356	5,1	0,1	10

Sources: Infocentre du SRRI, fichier APR-DRG 04/05; ISQ projections démographiques

NOTE: 13 hospitalisations de plus de 250 jours sont exclues de ces données. Elles incluent toutefois 70 hospitalisations de plus de 90 jours réparties ainsi: Montréal 22; Outaouais 14; Montérégie 7; Québec, Lanaudière et Saguenay 5; Laval 3; Laurentides



Annexe 5 : Indicateurs de suivi visant à mesurer l'implantation des projets cliniques pour le groupe enfants-jeunes ayant un trouble mental

En matière de vision d'organisation de services d'évaluation et de traitement en santé mentale

Afin d'assurer une réponse le plus proche du milieu de vie de l'enfant et le plus rapidement possible

- Le CSSS s'assure dans le territoire que le volet CLSC constitue la voie d'accès principale aux services d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne (70% de la clientèle devrait être desservie par la 1^{re} ligne versus 30% par la 2^e ligne);
- Les services de 2^e ligne sont réservés pour la clientèle du territoire nécessitant une expertise spécialisée et une intervention rapide.

En matière de connaissance du profil des clientèles et l'utilisation des services d'évaluation et de traitement en santé mentale

- Le CSSS dispose d'un état de situation récent des enfants et des jeunes présentant un problème de santé mentale par l'accès à :
 - o des données quant au profil des clientèles du territoire en fonction des taux de prévalence;
 - o des données quant à l'utilisation des services spécifiques de santé mentale pour les enfants et les jeunes ainsi que les services généraux;
 - o des données quant à l'utilisation des services de 2^e ligne par les enfants et les jeunes de son territoire par diagnostic;
 - o des données quant à l'utilisation des services en santé mentale par des enfants et des jeunes aux prises avec des problématiques multiples et complexes du territoire.

En matière de gamme de services d'évaluation et de traitement en santé mentale

- Le CSSS assure l'accès aux services suivants en matière d'évaluation et de traitement en 1^{re} ligne :
 - o Évaluation diagnostique;
 - o Évaluation biopsychosociale qui vient compléter l'évaluation diagnostique effectuée au guichet d'accès ou par un référent (ex : omnipraticien en cabinet privé);
 - o Orientation vers le niveau de services requis après évaluation;
 - o Suivi et prise en charge en 1^{re} ligne (traitement médical et psychosocial);
 - o Intervention intensives court terme (IITC) santé mentale jeunesse;
 - o Offre et soutien à la famille et aux proches (ex : à l'annonce d'un diagnostic : le temps de l'épisode de soins) et accès à des programmes de répit-dépannage.

En matière de coordination de services en matière d'évaluation et de traitement

- Le CSSS a mis en place un guichet d'accès aux services de 1^{re} et de 2^e ligne de santé mentale
- Le CSSS s'assure que le guichet d'accès aux services de 1^{re} ligne et de 2^e ligne
 - est rendu opérationnel dans le territoire
 - est clairement identifié en 1^{re} ligne et connu de l'ensemble des partenaires;
 - est facilement accessible

- Le CSSS s'assure de spécifier au sein de l'établissement ainsi qu'aux partenaires le type d'évaluation (analyse globale des besoins) qui est du ressort des services généraux versus les services spécifiques de santé mentale.
- Le CSSS a développé/consolidé une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne qui a une expertise spécifique en santé mentale avec une perspective multidisciplinaire et qui
 - o procède aux évaluations plus spécialisées en matière de problème de santé mentale, au triage, au traitement et selon les cas, à l'orientation vers les services requis.
 - o assure des liaisons avec les autres partenaires (établissements de santé, réseau scolaire, cabinets de médecins et de psychologues, services pédiatriques, organismes communautaires) ainsi que les autres programmes du CSSS (ex : Jeunes en difficultés, services généraux);
 - o a mis en place un mécanisme de priorisation des demandes de services de santé mentale entre la 1^{re} et la 2^e ligne et assure une prise en charge rapide de la clientèle avec l'ensemble des partenaires.
- Le CSSS a développé une pratique de plan de services individualisé (PSI) et contribue au plan de services individualisé intersectoriel établi par le ministère de l'Éducation, des loisirs et du sport (PSII)

En matière d'accès aux services d'évaluation et de traitement

- Le CSSS a dressé un portrait de l'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement qui précise
 - o La disponibilité du service par une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne à l'ensemble des partenaires;
 - o L'accessibilité temporelle (ex : après l'école une fois par semaine ou les jours de la semaine de 8H30 à 16H30)
 - o L'accessibilité géographique (ex : situation du guichet d'évaluation)
 - o L'accessibilité professionnelle (ex : accessibilité à un service de 2^e ligne pour compléter une évaluation);
- Le CSSS convient de délais d'attente suivants en matière d'évaluation et de traitement :
 - o Répondre à l'intérieur de 7 jours à la personne ayant référé le patient vers les services de 1^{re} ligne pour un service d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne;
 - o Donner accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours;

Les délais d'attente pour la 2^e ligne sont :

 - o Un délai d'attente au référant de 14 jours pour l'évaluation et le traitement en 2^e ligne;
 - o L'accès à un traitement de 2^e ligne à l'intérieur de 60 jours.
- Le CSSS a accès aux services d'un pédopsychiatre répondant par 50 000 de population jeune;
- Le CSSS a accès à la fonction de consultation-liaison des services de pédopsychiatrie dans une perspective de soins partagés;
- Le CSSS a accès à l'expertise conseil des services de 2^e ligne lorsque requis pour procéder à l'évaluation d'un cas complexe.

En matière d'entente de services

- Le CSSS a établi des ententes de services entre les prestataires de services destinés aux enfants et aux jeunes qui présentent des problématiques multiples et complexes (déficience intellectuelle, dépendance à l'alcool, aux drogues, troubles envahissants du développement; troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité). À cet effet, les ententes permettent d'identifier les contributions respectives en matière d'intervention auprès des jeunes ainsi que les zones de collaboration obligatoires;
- Le CSSS a établi des mécanismes et des procédures assurant un arrimage entre le milieu scolaire et les services de santé mentale de 1^{re} ligne;
- La complémentarité de services entre les niveaux de services est précisé dans les ententes (ex : mécanismes bidirectionnels, support aux parents par la 1^{re} ligne lorsque l'enfant est hospitalisé, les contributions respectives en matière d'intervention auprès des jeunes hébergés par les Centres jeunesse de l'Outaouais et présentant un problème de santé mentale, arrimages avec le milieu scolaire, etc...);
- Le CSSS s'est doté de mécanismes bidirectionnels permettant la reprise en charge du jeune dès que les services de 2^e ligne ne s'avèrent plus nécessaires;
- Le CSSS a implanté des mécanismes clairs pour assurer l'accès aux services pour adultes pour les jeunes de 17 ans ayant des problèmes de santé mentale, avec ou sans diagnostic médical;
- Le CSSS est impliqué avec les services de pédopsychiatrie et de pédiatrie ainsi qu'avec les autres services dans l'identification de solutions à mettre en avant dans le cadre de services d'évaluation et d'hospitalisation pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental et présentant une problématique complexe.

En termes de formation

- Les CSSS avec l'ensemble des partenaires et l'Agence identifient l'accès à de la formation après identification des besoins;
- Les CSSS partagent l'expertise avec les services de 2^e ligne et sont informés quant aux problématiques rencontrées par ces derniers en santé mentale.

En termes de ratios intervenants/enfants et jeunes

- Le CSSS établit en fonction du ratio de population de 100 000 personnes
 - o Une équipe de 6 intervenants aux services d'évaluation et de traitement de 1^{re} ligne (ratio intervenant/personne : 1/75);
 - o 0,5 omnipraticien aux services de 1^{re} ligne d'évaluation et de traitement;
 - o 1 pédopsychiatre répondant par 50 000 de population de jeunes