



PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020

Responsable	Docteur André Delorme
Coordination	Madame Josée Lepage
Recherche et rédaction	Madame Sophie Bélanger
Collaboration à la recherche et à la rédaction	Madame Manon Duhamel Monsieur Michel Gilbert Madame Dorice Grenier Madame Stéphanie Morin Monsieur William Murray
Collaboration aux travaux et aux consultations	Madame Sylvie Berger Monsieur Stéphane Ruel Madame Rachel Simard
Révision linguistique	Madame Madeleine Fex
Comité de lecture	Docteur Denise Aubé Monsieur Marc Boily Madame Sylvie Giasson Docteur Nathalie Gingras Monsieur Eric Latimer Docteur Alain Lesage Madame Louise Monette Docteur Cécile Rousseau

REMERCIEMENTS

Au début de l'année 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mené une consultation auprès de ses partenaires et a tenu le Forum national sur la version préliminaire du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, présidé par le ministre. Lors de cet événement, un grand nombre de personnes ont pu donner leur point de vue et leurs recommandations sur ce plan d'action.

La Direction de la santé mentale du MSSS tient à remercier tous les partenaires intraministériels, interministériels et nationaux de leurs judicieux commentaires, qui ont contribué à améliorer le contenu du Plan d'action en santé mentale. Elle tient aussi à souligner la collaboration des membres du Comité de lecture, qui ont accepté de mettre à profit leur expertise et leur expérience pour réviser ce contenu.

Nous voulons en particulier remercier Eric Latimer, qui a nourri nos réflexions grâce à des textes et à des synthèses sur les impacts économiques de la maladie mentale et des modèles de soins associés.

En terminant, nous voulons remercier toutes les personnes qui ont soutenu, de près ou de loin, l'équipe de la Direction de la santé mentale dans l'élaboration du Plan d'action en santé mentale 2015-2020.

ÉDITION:

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse:

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN: 978-2-550-79699-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



Le Québec a été une des premières sociétés au monde à se doter d'une politique en santé mentale. Cela témoigne de nos valeurs d'inclusion et de solidarité envers les personnes les plus vulnérables. En effet, les Québécoises et les Québécois ont compris très tôt que les troubles mentaux compromettent la santé et l'épanouissement des personnes atteintes et de leur entourage.

Personne n'est à l'abri de la maladie mentale. On estime qu'au Québec, 20% des personnes en seront affectées au courant de leur vie. Plusieurs personnes ne seront d'ailleurs jamais diagnostiquées. C'est la raison pour laquelle nous avons à cœur de mettre en œuvre ce plan d'action en santé mentale. Il comprend un ensemble de mesures concrètes qui contribueront à venir en aide de manière ciblée et cohérente, le plus tôt possible, aux personnes atteintes ainsi qu'à leurs proches.

Ce plan d'action est le fruit d'une mobilisation importante de tous les partenaires du milieu. Son élaboration repose sur une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle remarquable. Cette coopération s'inscrit dans notre volonté de réorganiser le réseau de la santé et des services sociaux afin de simplifier le parcours des personnes et d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services. Par l'entremise de ces changements et du présent plan, nous espérons favoriser toujours plus le processus de rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale.

Je souhaite donc que nous puissions «faire ensemble et autrement». Je tiens également à témoigner ma reconnaissance à toutes les équipes qui ont participé à l'élaboration du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 ainsi qu'aux nombreux partenaires qui ont répondu à l'appel lors des consultations menées par notre Ministère.

Merci à toutes et à tous!

A stylized, handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gaétan Barrette'.

Gaétan Barrette

AVANT-PROPOS

Depuis 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait de la santé mentale une priorité. Afin de donner suite au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – *La force des liens*, à son bilan d'implantation¹ subséquent et au Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*², produit par le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), le MSSS produit un nouveau plan d'action, soit le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020).

Ce plan d'action s'inscrit dans la continuité du précédent tout en mobilisant le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires en vue de «faire ensemble et autrement», en offrant des soins de qualité, comme toujours, mais en travaillant à abattre les frontières entre les services et les obstacles à l'accès.

L'Assemblée nationale du Québec adoptait, le 7 février 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales³. Cette loi entraîne la disparition des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et regroupe davantage de services de santé et de services sociaux sous la responsabilité d'un seul établissement, «afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités de ce réseau⁴».

L'implantation du Plan d'action dans ce contexte représente sans doute un défi d'une grande complexité, mais constitue également une occasion unique de «faire les choses autrement». En effet, l'intégration régionale permettra de transformer d'anciens partenaires en collaborateurs de services dans une équipe interdisciplinaire élargie. La personne qui présente des troubles concomitants, par exemple un trouble mental et une dépendance ou une maladie physique, n'en sera que mieux servie. C'est là, après tout, la principale motivation de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Il faut également souligner que ce plan d'action s'inscrit en accord avec d'autres politiques, stratégies et plans d'action gouvernementaux qui ont un impact sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble mental et en complémentarité de ceux-ci. Il s'inscrit également en continuité des changements apportés par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines⁵.

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 83 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

2 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 192 p., accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

3 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, chapitre O-7.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015, accessible en ligne: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>.

4 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Notes explicatives, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015, accessible en ligne: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>.

5 *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015, accessible en ligne: <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>.

SIGLES

AAOR: Service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence des services sociaux généraux

AQRP: Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

CETM: Commission d'examen des troubles mentaux

CHU: Centre hospitalier universitaire

CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC: Centre local de services communautaires

CNESM: Centre national d'excellence en santé mentale

CPE: Centre de la petite enfance

CRD: Centre de réadaptation en dépendance

CRDI-TSA: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

CRDP: Centre de réadaptation en déficience physique

CRJDA: Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

CRMDA: Centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation

CSBE: Commissaire à la santé et au bien-être

CSSS: Centre de santé et de services sociaux

CSSSPNQL: Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

DEP: Dépendances

DI-TSA: Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

DP: Déficience physique

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ESM 1L: Équipe en santé mentale de première ligne

ETC: Équivalent temps complet

GASM: Guichet d'accès en santé mentale

GMF: Groupe de médecine de famille

INESSS: Institut national d'excellence en santé et services sociaux

INSPQ: Institut national de santé publique du Québec

IPS: Individual Placement and Support

IUSM: Institut universitaire en santé mentale

JED: Jeunes en difficulté

LPJ: Loi sur la protection de la jeunesse

LSSSS: Loi sur les services de santé et les services sociaux

MEESR: Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

MELS: Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MESRS: Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science

MTESS: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

MESS: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

MJQ: Ministère de la Justice du Québec

MSSS: Ministère de la Santé et des Services sociaux

MSP: Ministère de la Sécurité publique

MSRP: Médecin spécialiste répondant en psychiatrie

OMS: Organisation mondiale de la Santé

PACT: Program for Assertive Community Treatment

PASM: Plan d'action en santé mentale

PNSP: Programme national de santé publique

PPEP: Programme pour premier épisode psychotique

PRSM: Professionnel répondant en santé mentale

PSII: Plan de services individualisé et intersectoriel

PSL: Programme de supplément au loyer

RI: Ressource intermédiaire

RTF: Ressource de type familial

RUIS: Réseau universitaire intégré en santé

SAPA: Soutien à l'autonomie des personnes âgées

SBNI: Soutien de base non intensif

SHQ: Société d'habitation du Québec

SIM: Suivi intensif dans le milieu

SIPPE: Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SIV: Soutien d'intensité variable

TSA: Trouble du spectre de l'autisme

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1/ CONTEXTE	3
2/ LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX ET DU SUICIDE.....	7
3/ LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020.....	9
3.1 LES VALEURS	9
3.1.1 La primauté de la personne	9
3.1.2 Le partenariat avec les membres de l'entourage	9
3.1.3 Le partage des responsabilités	9
3.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	10
3.2.1 Les soins et les services sont orientés vers le rétablissement	10
3.2.2 Les soins et les services sont diversifiés et sont offerts en temps opportun	10
3.2.3 La prestation des soins et des services se fonde sur des pratiques collaboratives	10
3.2.4 Les pratiques organisationnelles et cliniques visent une amélioration de la performance du continuum de services en santé mentale	11
3.2.5 Les pratiques organisationnelles et cliniques s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue	11
3.3 LES ORIENTATIONS.....	12
4/ PROMOUVOIR LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE ET LE PLEIN EXERCICE DE SA CITOYENNETÉ	13
4.1 LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	14
4.1.1 La promotion, le respect et la protection des droits	14
4.1.2 La primauté de la personne dans la prestation des services	17
4.1.3 La primauté de la personne dans la planification et l'organisation des services: la participation active des personnes utilisatrices de services et des membres de l'entourage	20
4.2 LA MISE EN PLACE DE CONDITIONS PERMETTANT LE PLEIN EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ	21
4.2.1 Un logement qui répond aux besoins des personnes	22
4.2.2 Le soutien dans la poursuite du parcours scolaire des jeunes atteints d'un trouble mental et de ceux à risque d'en être atteints	24
4.2.3 Favoriser l'implication sociale, l'intégration socioprofessionnelle et le maintien en emploi des personnes atteintes d'un trouble mental	27

5/ ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES ADAPTÉS AUX JEUNES, DE LA NAISSANCE À L'ÂGE ADULTE	31
5.1 SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS : UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE	31
5.1.1 Soutenir le développement optimal de tous les enfants québécois par des mesures universelles	32
5.1.2 Intervenir de façon ciblée chez les enfants à risque de présenter un trouble mental	33
5.2 RÉPONDRE AUX BESOINS DES JEUNES EN FONCTION DE LEUR DÉVELOPPEMENT	35
5.3 OFFRIR DES SERVICES ADÉQUATS AUX JEUNES ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL QUI REÇOIVENT DES SERVICES DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE	37
5.4 INTERVENIR DE FAÇON PRÉCOCE ET ADAPTÉE AUPRÈS DES JEUNES QUI VIVENT UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE	38
6/ FAVORISER DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION QUI AMÉLIORENT L'EXPÉRIENCE DE SOINS	41
6.1 SOUTENIR LE PARTENARIAT ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	42
6.1.1 Renforcer la continuité des services en santé mentale	42
6.1.2 Soutenir les médecins de famille et les pédiatres	45
6.1.3 Soutenir les partenaires internes ou externes des établissements	46
6.1.4 Soutenir les établissements: le Centre national d'excellence en santé mentale	48
6.2 PROMOUVOIR ET SOUTENIR LES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SUPERVISION CLINIQUE	48
6.3 CONSOLIDER LES MESURES INSCRITES DANS LE PASM 2005-2010	49
6.3.1 Le soutien financier aux organismes communautaires	50
6.3.2 Les services d'intervention de crise	50
6.3.3 Le soutien aux personnes présentant un risque suicidaire	51
6.3.4 Les équipes de santé mentale de première ligne	52
6.3.5 Le soutien et le suivi dans la communauté des personnes qui présentent un trouble mental grave	53
6.4 LES SERVICES DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET EN MILIEU CARCÉRAL	56
6.4.1 La psychiatrie légale relevant du Code civil du Québec	58
6.4.2 La psychiatrie légale relevant du Code criminel	59
6.4.3 Les soins psychiatriques en milieu carcéral	60
7/ RÉALISER LA MISE EN ŒUVRE DU PASM 2015-2020 ET ASSURER LA PERFORMANCE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DES SOINS ET DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE	62
7.1 LA MISE EN ŒUVRE DU PASM 2015-2020 ET SON SUIVI	62
7.2 L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	63
7.2.1 L'évaluation de la conformité aux standards ministériels	63
7.2.2 La documentation des bonnes pratiques dans les milieux performants et le développement d'une culture d'amélioration continue	63
CONCLUSION	65
ANNEXE I, STANDARDS MINISTÉRIELS	66
ANNEXE II, CHEMINEMENT D'UN USAGER AU SEIN DU CONTINUUM EN SANTÉ MENTALE	72
BIBLIOGRAPHIE	73

INTRODUCTION

En 1989, le Québec s'est démarqué en élaborant l'une des premières politiques de santé mentale au monde. Celle-ci⁶ situe d'entrée de jeu deux ensembles de besoins : les besoins des personnes dont la santé mentale est atteinte ou menacée et l'amélioration de la santé mentale de la population au-delà du système de soins et de services. Les objectifs et les orientations de la Politique de santé mentale visent à assurer la primauté de la personne, à accroître la qualité des soins et des services, à favoriser l'équité, à rechercher des solutions dans le milieu de vie des personnes et à consolider les partenariats.

En 1998, le MSSS produit un premier plan d'action axé sur la transformation des services de santé mentale⁷, qui cible de manière importante le rapprochement de l'intervention des milieux de vie et la diversification des services offerts aux personnes ayant un trouble mental grave ainsi qu'aux enfants et aux jeunes souffrant d'un trouble mental.

En 2005, à la suite d'une vaste consultation, le MSSS diffuse le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – *La force des liens*⁸ (PASM 2005-2010), qui s'inscrit dans la foulée de la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux. Il a pour principal objectif de permettre l'accès continu à des services variés, notamment par la mise en œuvre de services de première ligne en centre de santé et de services sociaux (CSSS) et l'instauration de nouveaux modes de collaboration entre les établissements et entre les acteurs concernés. Plusieurs des mesures structurantes qui y sont proposées visent la mise en place et la consolidation des services offerts par les CSSS dans la communauté, tant aux personnes ayant un trouble mental grave qu'à celles ayant un trouble mental modéré.

Précisément, le PASM 2005-2010 introduit des mesures concernant la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services, la lutte contre la stigmatisation, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux en plus de préciser la gamme de services offerts à la population générale, aux jeunes et aux adultes ayant un trouble mental, aux personnes qui présentent un risque élevé de suicide de même qu'à celles qui présentent des troubles concomitants. Ce plan d'action a notamment permis de mobiliser les acteurs concernés à l'amélioration des services destinés aux personnes atteintes d'un trouble mental. À cette fin, le MSSS organise, depuis 2006, des Journées annuelles de santé mentale⁹ dans le but de favoriser la mobilisation des principaux acteurs et partenaires ainsi que le transfert de connaissances.

Tel qu'énoncé précédemment, différents travaux ont permis de mettre à jour le portrait des services et de déterminer les éléments à prioriser dans le secteur de la santé mentale au Québec. Afin d'alimenter sa réflexion sur les services et la santé mentale des jeunes, le MSSS a procédé à une consultation¹⁰ auprès de jeunes utilisateurs de services en santé mentale, de membres de leur entourage, de chercheurs et de cliniciens. D'autres rapports, consultations et travaux menés par le MSSS, par des groupes d'experts et par des partenaires ont alimenté la réflexion sur les orientations et les mesures à inscrire dans le PASM 2015-2020.

6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, 62 p., accessible en ligne : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.

7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 46 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000381/>.

8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 97 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

9 Cet événement a d'abord été biannuel; il est annuel depuis 2011.

10 Cette consultation s'inscrit dans le cours de travaux internes et n'a pas fait l'objet d'une publication.

Afin d'enrichir sa réflexion et de valider ses choix, le MSSS a consulté, au début de l'année 2014, des représentants du réseau de la santé mentale, en plus de tenir un forum national sur le PASM 2015-2020¹¹. Les propos entendus lors de ces deux événements ont confirmé l'importance de considérer la santé mentale comme une priorité ministérielle, de mettre en place des mesures permettant une amélioration de la réponse aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale et l'évaluation de la performance des services et des soins dans ce secteur, tout en favorisant une utilisation optimale et judicieuse des ressources financières, matérielles et humaines.

Par la suite, le MSSS a soumis le PASM 2015-2020 à une vaste consultation. Ainsi, les commentaires et les propositions de modification fournis par un comité de lecture, différentes directions du MSSS, plusieurs ministères et organismes avec lesquels le MSSS travaille en étroite collaboration de même que par les principaux partenaires externes ont permis la bonification du présent document.

Sans oublier la responsabilité populationnelle qui incombe aux centres intégrés¹² et à leurs partenaires, ce plan d'action doit être implanté en fonction d'une analyse des besoins comblés et des besoins insatisfaits de la population desservie, entraînant une adaptation des mesures aux réalités locales et régionales. À cette fin, les soins et les services doivent être adaptés à la réalité de la personne utilisatrice de services, que ce soit en matière de langue d'usage (plus particulièrement pour les personnes d'expression anglaise¹³) de culture, d'âge ou de sexe.

D'autre part, reconnaissant que le sexe est un facteur pouvant occasionner des effets différenciés en matière de santé mentale et conformément aux orientations gouvernementales et ministérielles en matière d'analyse différenciée selon les sexes (ADS)¹⁴, la démarche d'élaboration de ce plan d'action a cherché à prendre en compte les réalités spécifiques des femmes et des hommes en matière de santé mentale.

«Faire ensemble et autrement» demande la mobilisation de tous les partenaires en vue d'offrir une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage de même que la mise en place et le maintien de services les soutenant dans le plein exercice de leur citoyenneté. À cette fin, le PASM 2015-2020 repose sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

Enfin, le MSSS reconnaît le rôle fondamental de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie sur l'état de santé global, tant physique que mental, de la population. Il reconnaît également l'impact réel, sur tout individu, de la détresse psychologique associée à certaines situations de la vie courante, menaçant parfois même l'équilibre et la santé mentale. Toutefois, ce plan d'action traitera principalement des mesures à offrir aux personnes utilisatrices de services atteintes d'un trouble mental ou de maladie mentale. Ces termes sont donc ceux qui seront utilisés pour désigner les personnes auxquelles il s'adresse.

11 Le Forum national sur le Plan d'action en santé mentale 2014-2020 s'est tenu à Montréal, le 28 janvier 2014, en présence du Dr Réjean Hébert, alors ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés. Les principaux partenaires du réseau de la santé mentale étaient invités à s'exprimer sur les priorités et les orientations envisagées par le MSSS et présentées dans un document de consultation. Les participants avaient également la possibilité de transmettre leurs réflexions et leurs préoccupations par écrit à la Direction de la santé mentale du MSSS.

12 Les centres intégrés font référence autant aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), qu'aux centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS).

13 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, article 15, chapitre S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1991.

14 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux, Guide-mémoire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 15 p.

1/ CONTEXTE

LA SANTÉ MENTALE ET LA MALADIE MENTALE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit la santé mentale comme une composante essentielle de la santé, qui correspond à «[...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»¹⁵. La santé mentale est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux. Elle est un état de bien-être qui permet à une personne de surmonter les obstacles de la vie, de se réaliser, d'être productive et de participer à la vie communautaire¹⁶.

Le concept de mieux-être mental est utilisé dans les communautés des Premières Nations. Il réfère à «[...] un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel.»¹⁷. Le mieux-être mental est appuyé par différents facteurs, dont la culture, la langue, l'apport des aînés, les familles et la création. Pour atteindre leur but de favoriser le mieux-être mental, les programmes et les services destinés aux Premières Nations doivent prendre en compte la notion de sécurité culturelle¹⁸.

Quant au terme «maladie mentale», il regroupe tous les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Il désigne des états de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement, causant des dysfonctionnements ou de la détresse¹⁹. L'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ²⁰ (DSM-5)²¹ englobent notamment la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les troubles du comportement, les troubles neurocognitifs, dont la démence, de même que les dépendances. Étant donné que ces états ou problèmes de santé font l'objet de plans d'action et de programmes distincts, ils ne sont pas désignés par les appellations «trouble mental» et «maladie mentale» dans le présent Plan d'action²².

LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

Au Québec comme au Canada, on estime que près de 20% de la population souffre d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non. Toutefois, moins de la moitié de ces personnes consulte à ce sujet²³. Certaines études soutiennent qu'aux États-Unis, environ 1 adulte sur 4 souffre d'une maladie mentale et près de

15 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, Préambule, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100, entré en vigueur le 7 avril 1948.

16 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La santé mentale: renforcer notre action* (en ligne), 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté le 26 janvier 2015).

17 SANTÉ CANADA, *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations – Rapport sommaire*, Ottawa, 2015, p. 1.

18 *Ibid.*, p. 1-5.

19 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, U.S. Public Health Service, Center for Mental Health Services, National Institutes of Mental Health, Rockville (Maryland), 1999, p. 5, accessible en ligne: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>.

20 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

21 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Arlington (Virginie), American Psychiatric Association, 2013, 947 p.

22 Tout au long du présent document, les termes «maladie mentale» et «trouble mental» sont utilisés comme des synonymes.

23 A. LESAGE et V. ÉMOND, «Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services», *Surveillance des maladies chroniques*, n° 6, Institut national de santé publique, 2012, p. 1, 12.

la moitié en contractera une au cours de sa vie^{24, 25, 26}, ce qui laisse supposer que les estimations québécoises et canadiennes puissent être modestes.

Au Québec, de 1999 à 2010, la prévalence annuelle moyenne des troubles mentaux diagnostiqués était de 12%, dont 7,5% concerne les troubles anxieux et les troubles dépressifs (soit 65% de l'ensemble des troubles mentaux) et 0,4% concerne les troubles schizophréniques²⁷. Les troubles mentaux diagnostiqués, particulièrement les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sont plus présents chez les femmes que chez les hommes²⁸.

Bien que la maladie mentale soit présente dans tous les groupes d'âge, des manifestations sont caractéristiques à certaines étapes de la vie, dont la jeunesse et la vieillesse. Il est démontré que 50% des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75%, avant l'âge de 22 ans^{29, 30}. Les troubles mentaux représentent d'ailleurs une des principales causes d'hospitalisation chez les 15 à 24 ans³¹. La prévalence des troubles mentaux a doublé chez les jeunes de moins de 20 ans au cours des 10 dernières années. Au Québec, cela s'explique en partie par l'augmentation de la fréquence du diagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, surtout chez les garçons³². Le suicide est la deuxième cause la plus fréquente de mortalité chez les 15 à 19 ans, après les traumatismes chez les victimes d'accidents de la route³³.

Chez les personnes âgées, il arrive que les symptômes de la maladie mentale soient confondus avec le développement de maladies physiques, la détérioration des fonctions cognitives ou, plus largement, les effets du vieillissement³⁴. L'isolement, la solitude et le stress lié à la détérioration de la santé physique sont des facteurs qui nuisent à la santé mentale des personnes âgées³⁵.

Sachant que les personnes âgées constituent le segment de la population dont la croissance sera la plus forte dans les années à venir, il faut reconnaître au médecin de famille, au psychiatre généraliste et aux intervenants psychosociaux de première ligne et des services spécialisés leur rôle central dans les services à offrir à ces citoyens. L'augmentation du nombre de demandes découlant de ce phénomène démographique requiert l'accroissement général des compétences spécifiques de ces intervenants. À cette fin, les services spécialisés de gérontopsychiatrie devront s'investir principalement dans le soutien aux autres dispensateurs et assurer le transfert de connaissances et de compétences à leurs partenaires, réservant leur expertise clinique aux cas les plus complexes.

24 R.C. KESSLER et autres, «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, 2005; p. 593-602.

25 R.C. KESSLER et autres, «Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, 2005; p. 617-627.

26 R.C. KESSLER et autres, «The prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)», dans R.W. Manderscheid et J.T. Berry (sous la dir. de), *Mental Health United States, 2004*, Rockville (Maryland), Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2006.

27 A. LESAGE et V. ÉMOND, *op. cit.*, p. 3.

28 *Loc. cit.*

29 R.C. KESSLER et autres, «Age of onset of mental disorders: A review of recent literature», *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 20, juillet 2007, p. 359-364.

30 R.C. KESSLER et autres, «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, 2005; p. 593-602.

31 SANTÉ CANADA, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, 2002, p. 18-19.

32 M.C. BRAULT et E. LACOURSE, «Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactive disorder», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, n° 2, 2012, p. 93-101.

33 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *La mortalité par suicide au Québec: 1981-2012 - Mise à jour 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 6, accessible en ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1939_Mortalite_Suicide_2015.pdf.

34 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 12.

35 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, Chapitre 1- La santé mentale* (en ligne), 2006, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/4-fra.php> (consulté le 10 avril 2015).

LES COÛTS DIRECTS ET INDIRECTS DES MALADIES MENTALES

En Ontario, le fardeau des maladies mentales, incluant les dépendances, est plus important que celui de tous les types de cancer réunis et 7 fois plus important que celui des maladies infectieuses³⁶. Les maladies mentales exercent une forte pression sur les ressources publiques en raison de leur prévalence élevée et des incapacités qui en découlent. Parmi les 7 principaux problèmes de santé répertoriés au Canada, les troubles mentaux sont les plus dispendieux en matière de services directs³⁷. Ceux-ci sont attribuables aux soins et aux services de santé, aux mesures de soutien social ou aux mesures judiciaires relatifs aux personnes touchées.

Les maladies mentales occasionnent également des coûts indirects associés à leur impact sur la productivité économique des personnes atteintes et de leur entourage, en plus d'avoir un impact négatif sur leur qualité de vie et leur espérance de vie. Celle-ci est inférieure de 8 ans chez les hommes atteints d'une maladie mentale, si on la compare à l'espérance de vie moyenne des hommes québécois³⁸. Chez les femmes atteintes d'une maladie mentale, l'écart moyen de l'espérance de vie est de 5 ans³⁹. Une étude britannique mentionne que l'espérance de vie des hommes atteints de schizophrénie serait diminuée de plus de 25 ans, et de plus de 16 ans chez les femmes⁴⁰. Cette surmortalité associée aux maladies mentales s'explique par un nombre plus élevé de suicides, par le lien fréquent entre les troubles mentaux et certaines habitudes de vie néfastes pour la santé (inactivité physique, tabagisme, consommation excessive d'alcool, manque de sommeil⁴¹), par les effets secondaires de la médication, mais aussi par un risque plus grand de décéder de certaines autres maladies.

En effet, il est démontré que les troubles mentaux influent sur la prévalence, l'évolution et le traitement de nombreuses maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, asthme). Ces maladies ont également un impact sur la prévalence et le traitement des troubles mentaux. À titre d'exemple, mentionnons que la proportion de personnes atteintes de dépression qui présentent aussi d'autres maladies chroniques, dont le diabète et l'hypertension, est estimée à 60 %⁴².

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont aussi plus à risque de voir se manifester des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, tout comme les personnes qui présentent un problème d'alcoolisme et de toxicomanie risquent davantage d'être éventuellement atteintes d'un trouble mental⁴³. Une enquête américaine estime à 24 % la proportion de personnes présentant un trouble anxieux qui aura également un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Concernant le trouble bipolaire et la schizophrénie, les estimations grimpent respectivement à 56 % et

36 CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH, *Mental Illness and Addictions: Facts and Statistics* (en ligne), Toronto, World Health Organization, accessible en ligne : http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx.

37 COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé, Fiche de renseignements – principaux faits*, 31 octobre 2012, p. 1, accessible en ligne : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_CaseForInvestment_FRE.pdf.

38 A. LESAGE et V. ÉMOND, *op. cit.*, p. 6.

39 *Loc. cit.*

40 S. BROWN et autres, « Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia », *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, n° 2, février 2010, p. 116-121.

41 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Mental Health Basics* (en ligne), Atlanta (Géorgie), 2011, mise à jour octobre 2014, <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm> (consulté le 19 août 2014).

42 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 20, accessible en ligne : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

43 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale – Guide d'information*, Toronto, 2010, p. 1, accessible en ligne : http://knowledge.camh.net/amhspecialists/resources_families/Documents/concurrent_guide_fr.pdf (consulté le 10 avril 2015).

à 47%⁴⁴. Cette concomitance comporte de nombreux effets négatifs. L'alcoolisme et la toxicomanie peuvent aggraver la maladie mentale, la rendre plus difficile à diagnostiquer, nuire à l'adhésion aux traitements et à l'efficacité de ceux-ci⁴⁵. De plus, les personnes qui présentent de tels troubles concomitants risquent de vivre des problèmes affectifs, médicaux et sociaux plus importants que les personnes atteintes d'un seul trouble⁴⁶. Étant donné la fréquente concomitance et l'interdépendance des troubles mentaux et des dépendances, ces deux problèmes de santé doivent être abordés conjointement et de façon intégrée.

Finalement, on estime que de 30% à 50% des personnes en situation d'itinérance sont atteintes d'un trouble mental, dont 10% d'un trouble mental grave. Plus de la moitié des adultes en situation d'itinérance et atteints d'un trouble mental auraient aussi des problèmes de dépendance⁴⁷.

Toute personne peut être atteinte d'une maladie mentale à un moment de sa vie. Les caractéristiques d'une personne ou ses autres problèmes de santé ne doivent en aucun cas constituer des obstacles à l'accessibilité, en temps opportun, à des soins et à des services adaptés dans les établissements de santé et de services sociaux et dans la communauté. Malheureusement, des personnes utilisatrices de services peinent à recevoir, au même endroit ou de façon continue, des services qui répondent à l'ensemble de leurs besoins, d'où la nécessité de travailler au renforcement des liens entre les acteurs concernés, les établissements et les partenaires. À cette fin, ce plan d'action ministériel mise sur l'élaboration d'une vision intégrée des services, tant sociaux que de santé mentale et de santé physique.

L'amélioration de la santé des personnes utilisatrices de services, des membres de leur entourage ainsi que l'amélioration des pratiques organisationnelles et cliniques ne peuvent se réaliser sans la mobilisation, la collaboration et l'implication des différents partenaires, dont les organismes communautaires en santé mentale. Depuis plusieurs décennies, ces derniers participent notamment à l'amélioration de la qualité de vie et de la participation sociale des personnes utilisatrices de services, contribuent à la mise en place d'une offre de service diversifiée et adaptée, à la prise en compte du savoir expérientiel et au respect des droits des personnes atteintes de maladie mentale et de leur entourage. Les organismes communautaires jouent donc un rôle fondamental dans le rétablissement des personnes utilisatrices de services, notamment en assurant une prise de parole collective.

De plus, comme les maladies mentales ont un impact significatif sur de nombreux secteurs d'activité et partenaires (les milieux scolaires, les employeurs, l'habitation, les services policiers, les tribunaux, les établissements de détention, etc.), le PASM 2015-2020 vise l'élaboration d'une vision et d'objectifs communs, tout en facilitant la concertation et l'adaptation des pratiques.

44 *Ibid.*, p. 3-4.

45 L. NADEAU, « Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties: La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 2, p. 7-21.

46 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, *op.cit.*, p. 8.

47 L. ROY et A. CROCKER, *Itinérance et santé mentale – Ampleur du phénomène* (en ligne), mise à jour 28 juin 2012, <http://www.douglas.qc.ca/info/itinérance-et-santé-mentale> (consulté le 15 janvier 2014).

2/

LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX ET DU SUICIDE

La communauté scientifique s'accorde pour dire que la santé mentale d'une population est indispensable à sa santé globale et intimement liée à son développement économique, social et humain.

Il est démontré qu'intervenir en promotion de la santé mentale, en prévention des troubles mentaux et en prévention du suicide s'avère un investissement de premier choix pour réduire l'incidence des troubles mentaux et du suicide et, par le fait même, les coûts importants pour le système de santé et la société. Les facteurs, souvent appelés déterminants de la santé, qui ont une influence sur la santé mentale d'une population peuvent être regroupés dans les 3 catégories suivantes ⁴⁸:

- les **facteurs structurels**, tels que le milieu de vie, le logement, l'emploi, le niveau de revenu, les transports, l'éducation, les politiques favorables, les services sociaux et les services de santé;
- les **facteurs sociaux**, tels que le sentiment d'appartenance à une communauté, le soutien social, le sens de la citoyenneté et la participation dans la société;
- les **facteurs individuels**, tels que les habitudes de vie, le patrimoine génétique, le sexe, la résilience émotionnelle, l'organisation de sa vie et la capacité de faire face au stress ou aux circonstances défavorables.

La santé mentale résulte de l'interaction dynamique entre les individus, les groupes et l'environnement en général, tout au long de la vie⁴⁹.

Les approches en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux et du suicide devraient porter sur toute la durée de la vie des individus, qu'ils présentent ou non des signes avant-coureurs de trouble mental ou de détresse psychologique. Les politiques, les plans d'action et les services en

48 GOVERNMENT OFFICE FOR SCIENCE, *Mental Capital and Wellbeing: Final Project Report*, Londres, UK Department for Innovation, Universities and Skills, 2008, p. 76.

49 P. MANTOURA, *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014, p. 2, accessible en ligne : http://www.ccnpps.ca/docs/PPFSM_FR_Gabarit.pdf.

matière de santé mentale devraient tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les stades de la vie, de la petite enfance à la vieillesse⁵⁰.

Au Québec, plusieurs dispositifs structurants, tels que les lois, les systèmes de surveillance de l'état de santé, la diffusion d'orientations nationales et l'accès à l'expertise, sont mis en place en vue de renforcer et de réaffirmer la volonté d'agir sur les facteurs qui influencent la santé mentale.

La Loi sur la santé publique⁵¹ accorde une place centrale aux fonctions de prévention et de promotion de la santé et reconnaît l'impact des politiques publiques sur la santé. Cette loi vise notamment la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. C'est dans cette loi que l'élaboration d'un programme national de santé publique (PNSP) est prévue.

L'approche proposée en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux et du suicide dans le PNSP est une intervention globale, tout au long de la vie de l'individu, prenant en compte plusieurs facteurs. Les objectifs du PNSP ciblent principalement l'amélioration de la santé, la réduction des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux ainsi que l'action positive sur les déterminants.

Bien que le PASM vise également la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et du suicide, le PNSP demeure le dispositif de premier plan pour traiter ces questions et servir de levier pour en soutenir la mise en place. Les actions proposées dans le PASM s'harmonisent parfaitement à celles que propose le PNSP.

50 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, Bibliothèque de l'OMS, 2013, p. 11, accessible en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

51 *Loi sur la santé publique*, RLRQ, chapitre S-2.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2001.

3/ LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2015-2020

Le PASM 2005-2010 a entraîné de nombreuses avancées, dont la diffusion et l'implantation progressive de l'approche orientée vers le rétablissement, l'élaboration et la mise en œuvre de l'offre de services de première ligne en santé mentale (notamment dans les CSSS) ainsi que la mise en place du soutien et du suivi dans la communauté. Le PASM 2015-2020 instaure quant à lui des mesures qui facilitent la consolidation des changements amorcés, tout en favorisant l'amélioration des pratiques et la réponse en temps opportun aux besoins diversifiés des personnes utilisatrices de services. Dans un contexte de ressources limitées, les mesures les plus efficaces, efficaces et prometteuses sont favorisées.

Ce PASM prend assise sur les valeurs et les principes qui suivent.

3.1 LES VALEURS

3.1.1 LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE

Tout comme la Politique de santé mentale de 1989, le PASM 2015-2020 réitère l'importance d'assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement⁵². La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice de services, tout en favorisant sa participation, celle de son entourage, la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale. La promotion, le respect et la protection des droits en constituent des aspects fondamentaux.

3.1.2 LE PARTENARIAT AVEC LES MEMBRES DE L'ENTOURAGE

La reconnaissance des membres de l'entourage à titre de partenaires en vue de l'organisation, de la planification et de la prestation des services de même que du plein exercice de la citoyenneté des personnes malades, dont celles atteintes d'un trouble mental, est déterminante. Par conséquent, les membres de l'entourage doivent être soutenus dans leur implication et leur participation.

3.1.3 LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

La santé mentale est l'affaire de tous : de la population dans son ensemble, de la majorité des missions gouvernementales, des municipalités, des entreprises, etc. La santé mentale de la population du Québec, de même que l'implantation et le maintien des mesures introduites par le Plan d'action, reposent sur un travail en partenariat où, en toute solidarité, tous participent à la mise en place de conditions favorisant le bien-être et l'intérêt collectif. Tant sur le plan de l'élaboration que sur le plan de l'implantation, un plan d'action demande la mobilisation, l'implication et la concertation des différents partenaires.

52 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, p. 23, accessible en ligne : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=0d4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.

3.2 LES PRINCIPES DIRECTEURS

Le MSSS tient à ce que la planification, l'organisation et la prestation des soins et des services en santé mentale soient orientées par les principes directeurs décrits ci-après.

3.2.1 LES SOINS ET LES SERVICES SONT ORIENTÉS VERS LE RÉTABLISSEMENT

Le Québec fonde les soins et les services du secteur de la santé mentale sur l'approche orientée vers le rétablissement. Le MSSS réaffirme ainsi la capacité des personnes utilisatrices de services à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie et de leur maladie et à participer pleinement à la vie collective.

L'approche orientée vers le rétablissement est axée sur l'expérience de la personne et sur son cheminement vers une vie qu'elle considère comme satisfaisante et épanouissante, et ce, malgré la maladie mentale et la persistance de symptômes.

Les soins et les services axés sur le rétablissement diffèrent des services traditionnels: au-delà de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent, les intervenants suscitent de l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir dans:

- la reprise de pouvoir sur sa vie;
- la détermination de ses besoins et de ses forces;
- le développement de ses habiletés;
- sa responsabilisation;
- l'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins⁵³.

Le rétablissement n'est pas un processus linéaire. Il peut comprendre des périodes d'avancées, de stagnation et même des reculs⁵⁴.

3.2.2 LES SOINS ET LES SERVICES SONT DIVERSIFIÉS ET SONT OFFERTS EN TEMPS OPPORTUN

Les personnes atteintes d'un trouble mental ou qui présentent un risque de l'être doivent bénéficier, en temps opportun, de soins et de services qui répondent à leurs besoins afin de pouvoir maintenir leurs rôles sociaux et une vie active. Ces services peuvent être offerts par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou par leurs partenaires du secteur privé ou du milieu communautaire.

3.2.3 LA PRESTATION DES SOINS ET DES SERVICES SE FONDE SUR DES PRATIQUES COLLABORATIVES

Les soins de collaboration sont dispensés par des intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, communautaire et privé) ou de réseaux différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires. Les pratiques collaboratives impliquent la mise en place d'objectifs communs, d'un processus décisionnel bien défini et équitable ainsi que d'une communication ouverte et régulière⁵⁵.

53 ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Les 5 étapes du processus de rétablissement*, Outil de formation, Programme québécois Pairs Aidants réseau (Texte non publié).

54 H. PROVENCHER, *L'expérience de rétablissement: Vers la santé mentale complète*, Québec, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, 2013, p. 3-4.

55 ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, «L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada – Une vision d'avenir partagée, Énoncé de principes», *La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, n° 5, p. 1-12.

Les soins de collaboration sont fondés sur des pratiques efficaces qui évoluent avec les besoins changeants de la personne utilisatrice de services, des membres de son entourage et des ressources disponibles. Il n'y a pas de modèle unique : les soins de collaboration regroupent l'ensemble des activités permettant un travail en partenariat efficace et l'amélioration des soins et des services.

La mise en place de pratiques collaboratives peut entraîner⁵⁶ :

- un renforcement de la capacité à soutenir les personnes atteintes de problèmes complexes (affections chroniques et complexes, troubles concomitants, etc.);
- un renforcement des capacités professionnelles et organisationnelles des partenaires;
- une amélioration de l'expérience de soins du point de vue de la personne utilisatrice de services et de sa satisfaction;
- une amélioration des résultats cliniques;
- une amélioration de la qualité des soins, des services et de la performance du système de santé.

3.2.4 LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES VISENT UNE AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Le PASM 2015-2020 exige, de tous les paliers de gestion et de toutes les organisations qui offrent ou qui administrent des services en santé mentale, qu'ils atteignent les meilleurs standards au regard des aspects de la performance⁵⁷.

Une telle progression passe notamment par l'instauration d'une culture de la mesure et de l'évaluation des services en vue d'une réponse adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services, de même qu'une utilisation judicieuse des ressources disponibles.

3.2.5 LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES S'INSCRIVENT DANS UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Une attention particulière est accordée à la mise en place de conditions qui favorisent l'élaboration et le maintien de pratiques organisationnelles et cliniques efficaces et de qualité. L'amélioration continue consiste à mettre en évidence, systématiquement et continuellement, ses forces et ses faiblesses, à assurer méthodiquement les révisions de processus qui s'imposent ainsi qu'à mettre en place et à maintenir les actions qu'exigent une amélioration de la qualité des soins et des services et une réponse adéquate aux besoins.

56 CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES, *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils*, Ottawa, juin 2014, 64 p., p. 2, accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2014-fr.pdf>.

57 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La zone de performance* (en ligne), Québec, 2015, [la page Web n'est plus active].

3.3 LES ORIENTATIONS

Le PASM 2015-2020 s'articule autour des quatre orientations suivantes :

- Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté.
- Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte.
- Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins.
- Assurer la performance et l'amélioration continue des soins et des services en santé mentale.

4/

PROMOUVOIR LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE ET LE PLEIN EXERCICE DE SA CITOYENNETÉ

L'environnement dans lequel évolue la personne influence sa capacité d'exercer pleinement sa citoyenneté, c'est-à-dire, entre autres, de tenir les rôles sociaux qu'elle souhaite assumer. Ce contexte a un impact sur sa santé mentale, sur l'apparition d'une maladie mentale et sur son rétablissement; il peut donc favoriser ou entraver son développement⁵⁸. Selon l'OMS, les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux incluent des facteurs individuels, mais aussi des facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et politiques. Les politiques sociales et le soutien offert dans la communauté exercent une influence sur l'ensemble de ces facteurs⁵⁹.

Depuis la Politique de la santé mentale de 1989, le Québec a connu de grandes avancées, notamment sur le plan de la perception des personnes atteintes de maladie mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux et, plus largement, dans la société. Plusieurs acteurs, dont les organismes communautaires, ont participé à la promotion et à la défense des droits des personnes atteintes d'un trouble mental, à la reconnaissance des besoins des membres de leur entourage de même qu'à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sujet des troubles mentaux et des personnes qui en sont atteintes.

Le PASM 2005-2010 a permis de faire un pas de plus dans la bonne direction, notamment par la diffusion de l'approche orientée vers le rétablissement, par des campagnes de sensibilisation, en favorisant la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services ainsi qu'en intégrant des cibles associées au soutien au logement, aux études et au travail.

Cette première orientation du PASM 2015-2020 vise la mise en place d'un contexte favorisant le rétablissement des personnes utilisatrices de services. Elle comprend des mesures qui ciblent la mise en place de conditions favorisant le plein exercice de la citoyenneté⁶⁰, à l'intérieur et à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux.

58 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 9.

59 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, 2013, p. 7, accessible en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

60 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, p. 8, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001320/>.

4.1 LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les personnes utilisatrices de services doivent disposer de conditions qui facilitent le plein exercice de leur citoyenneté dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cette fin, le MSSS demande aux établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale d'accorder une attention continue au respect des droits, à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et d'inclure la participation de ces personnes et de membres de leur entourage à la prestation, à la planification et à l'organisation des services. Ces actions devront être planifiées et évaluées.

MESURE 1

Afin que les personnes utilisatrices de services exercent pleinement leur citoyenneté dans le réseau de la santé et des services sociaux et que les membres de leur entourage soient reconnus dans leur statut de partenaire, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale élaborera, puis mettra en œuvre, un plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services.

Dans le but de faciliter cet exercice et de favoriser la réalisation, le suivi et l'évaluation d'actions dont l'efficacité est mesurable, le MSSS produira un modèle à partir duquel les établissements élaboreront leur plan.

4.1.1 LA PROMOTION, LE RESPECT ET LA PROTECTION DES DROITS

4.1.1.1 *Le respect des droits dans le réseau de la santé et des services sociaux*

En 1975, l'Assemblée nationale du Québec adopte la Charte des droits et libertés de la personne, où est notamment énoncé le droit à l'égalité dans la reconnaissance et l'exercice des droits et libertés comprenant l'interdit de distinction ou d'exclusion en raison de la condition sociale ou du handicap⁶¹. Les années 1970 et 1980 marquent également l'essor des ressources communautaires et alternatives en santé mentale, suivi par l'émergence de mouvements de défense des droits des personnes utilisatrices de services. Avec la Politique de santé mentale de 1989, la promotion, la défense et le respect des droits se sont inscrits à titre de préoccupations du réseau de la santé et des services sociaux. D'ailleurs, toutes les régions sociosanitaires québécoises doivent disposer d'un regroupement régional de promotion et de défense des droits, dont le mandat est précisé dans le Cadre de référence des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale⁶².

Malgré tout, il arrive que les droits soient méconnus, mal interprétés ou ignorés dans le réseau de la santé et des services sociaux⁶³. Des contraintes organisationnelles (par exemple le caractère inadéquat des lieux physiques, le manque de collaboration interprofessionnelle ou la culture en place) favorisent la persistance de pratiques qui vont à l'encontre du respect de certains droits et des normes établies. Pensons notamment au non-respect ou à une interprétation erronée du droit à l'information, à la confidentialité ou au consentement, à l'utilisation

61 Charte des droits et libertés de la personne, chapitre C-12, chapitre I.1, article 10, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1975.

62 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ), *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, p. 11, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001199/>.

63 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Informar des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, Un avis du Commissaire à la santé et au bien-être, Consultation et analyse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 28.

inadéquate de mesures de contrôle (isolement, contention physique et substances chimiques)^{64, 65} ou aux problèmes relatifs à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001)⁶⁶.

Tout citoyen jouit de droits et la personne atteinte d'une maladie mentale n'y fait pas exception. Comme toute autre personne utilisatrice de services, elle doit, au besoin, être soutenue par les établissements et les acteurs concernés dans l'exercice de ses droits et recours. Le réseau de la santé et des services sociaux et son personnel doivent favoriser le maintien d'une culture organisationnelle et de pratiques qui soutient systématiquement le respect et l'exercice des droits.

MESURE 1.1

Afin d'assurer la promotion des droits et d'en favoriser le respect, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des soins et des services, des actions et des modalités de suivi concernant la sensibilisation, l'information et la formation des gestionnaires, des intervenants, des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage sur les droits de tout utilisateur de services ainsi que sur le recours exceptionnel aux mesures légales.

4.1.1.2 La lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale

Toutes les maladies mentales s'accompagnent d'une stigmatisation⁶⁷, bien que celle-ci soit plus marquée concernant certains diagnostics ou lorsque le comportement adopté par la personne atteinte diffère de ce qui est reconnu comme étant la norme⁶⁸. La souffrance occasionnée par la stigmatisation peut être plus grande que celle causée par les symptômes de la maladie^{69, 70}.

La stigmatisation peut prendre de nombreuses formes : la stigmatisation sociale, la stigmatisation par association, l'autostigmatisation et la stigmatisation structurelle⁷¹. Certaines personnes doivent composer avec une double ou une multiple stigmatisation en raison de leur appartenance à une minorité (minorité culturelle ou religieuse, minorité sexuelle, etc.), d'un autre état, trouble ou affection (déficience physique ou intellectuelle, VIH-SIDA, etc.) ou de troubles concomitants

64 ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Non aux mesures de contrôle! Isolement, contention et substances chimiques, Plus de dix ans après les orientations ministérielles: manifeste pour un réel changement de pratiques*, janvier 2014, 40 p., accessible en ligne : <http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/01/manifestejanvier2014.pdf> (consulté le 26 août 2014).

65 PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport d'activités 2012-2013*, Québec, 2013, p. 82-83, accessible en ligne : <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#9> (consulté le 28 août 2014).

66 Les thèmes de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et des services de santé mentale en milieu carcéral sont abordés dans la section 6.4 portant sur la psychiatrie légale et en milieu carcéral.

67 ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, «Stigmatisation et discrimination – Énoncé de principes», *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 56, n° 10, 2011, p. 2, accessible en ligne : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1222>.

68 ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, mars 2014, p. 6, accessible en ligne : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.

69 H. STUART, «Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health», *Canadian Public Policy*, vol. 31, n° s1, p. 21-28.

70 B. SCHULZE et M.C. ANGERMEYER, «Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals», *Social Science & Medicine*, vol. 56, no 2, 2003, p. 299-312.

71 Les différents types de stigmatisation et les meilleures stratégies pour les contrer sont décrites dans le cadre de référence *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*, élaboré par le GPS-SM et accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.

(alcoolisme, toxicomanie, dépendance, etc.), du fait qu'elles soient judiciairisées, en situation d'itinérance ou de pauvreté⁷². Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la stigmatisation peut prendre la forme de préjugés, de propos et de comportements discriminatoires ou de contraintes d'accès aux services⁷³. Une expérience de stigmatisation dans le système de santé et de services sociaux peut avoir un impact négatif sur la disposition future de la personne à se rendre à l'hôpital ou à faire appel à d'autres organismes en cas de besoin, à consentir à des traitements ou à des services.

Depuis la diffusion du PASM 2005-2010, des campagnes gouvernementales d'information et de sensibilisation ont été réalisées sur les thèmes de la dépression et des troubles anxieux. De plus, les travaux du Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale⁷⁴ ont donné lieu à la production d'un cadre de référence sur ce sujet⁷⁵. Il y est clairement exposé que le maintien, dans le temps, des changements d'attitudes et de comportements est favorisé par les relations interpersonnelles positives avec des personnes atteintes d'une maladie mentale dont l'état est dévoilé, ce qui est désigné par «stratégies de contact»⁷⁶. À cet égard, l'intégration de pairs aidants dans les équipes soignantes constitue un levier important dans la lutte contre la stigmatisation. Cette mesure a l'avantage de cibler prioritairement le personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Le programme Pairs Aidants Réseau constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie. Le pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services. Ce dernier intègre son milieu de travail à titre de membre du personnel. Il représente une source d'espoir et de reprise du pouvoir d'agir, procure entre autres un soutien social en brisant l'isolement, fait bénéficier la personne utilisatrice de services d'une reconnaissance de son vécu, participe à la réduction des hospitalisations, facilite le maintien de la personne dans la communauté tout en rehaussant la qualité des services offerts⁷⁷.

De plus, l'implication d'un pair aidant dans la formation des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que dans les activités de recherche joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

72 Les Autochtones, personnes immigrantes ou appartenant à une minorité visible ou sexuelle peuvent aussi être victimes de stigmatisation. La stigmatisation entourant la maladie mentale peut aussi être amplifiée par le sexisme ou l'âgisme.

73 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 56-57, accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

74 Il s'agit d'un regroupement de partenaires des réseaux public et communautaire en santé mentale qui «(...) vise la réduction de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles font face les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ainsi que les membres de leur entourage». Ce regroupement est coordonné par l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP).

75 ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, 2014, p. 11, accessible en ligne: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf#zoom=100> (consulté le 25 janvier 2015).

76 *Ibid.*, p. 6.

77 PROGRAMME PAIRS AIDANTS RÉSEAU, *Les bénéfices apportés par le pair aidant*, p. 2, 2013, accessible en ligne: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/pa-benefices.pdf> (consulté le 30-10-2013).

Le secteur de la santé et des services sociaux a été maintes fois désigné comme un secteur prioritaire pour la lutte contre la stigmatisation⁷⁸. Les organisations et les acteurs concernés qui s'adressent aux personnes atteintes d'un trouble mental et à leur entourage doivent participer activement à la lutte contre les préjugés et au changement des comportements des différents acteurs de la société.

MESURE 1.2

Afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes ou qui ont présenté un trouble mental dans le passé :

1. le MSSS poursuivra ses campagnes d'information et de sensibilisation;
2. chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des soins et des services, des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux. Ces actions s'appuieront sur les pratiques dont l'efficacité est reconnue, en privilégiant les stratégies de contact;
3. chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale s'assurera que des personnes utilisatrices de services en santé mentale, des membres de leur entourage, des acteurs du réseau public et du milieu communautaire participeront activement à la planification, à l'organisation, à la réalisation et à l'évaluation de ces activités.

4.1.2 LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE DANS LA PRESTATION DES SERVICES

4.1.2.1 *La personne en tant qu'actrice principale des soins et des services la concernant : l'implantation et le maintien de soins axés sur le rétablissement*

La prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement a pour préalable la reconnaissance de la personne utilisatrice de services et des membres de son entourage en tant que membres à part entière de l'équipe de soins. Comme le rétablissement se nourrit grandement d'espoir⁷⁹, la personne doit être soutenue dans le renforcement de ses aptitudes, dans la réalisation de ses objectifs ou des projets qu'elle aura elle-même déterminés. Loin de mettre de côté l'avis professionnel, la prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement sensibilise les acteurs concernés au risque de sous-estimer le potentiel des personnes utilisatrices de services. Ces acteurs ont pour rôle d'encourager ces personnes à profiter des occasions de changement et de croissance, à prendre conscience de leurs responsabilités et à déterminer les risques qu'elles sont prêtes à prendre⁸⁰.

78 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 60-61, accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

79 H. PROVENCHER, *op. cit.*, p. 3-4.

80 G. SHEPHERD, J. BOARDMAN et M. SLADE, *Making Recovery a Reality*, Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, 2007, document traduit: *Faire du rétablissement une réalité*, Institut universitaire de santé mentale Douglas, Montréal, 2012, p. 5-6.

Pour aller plus loin en matière de prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement, le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires, dont les organismes communautaires, les ressources résidentielles et les ordres professionnels, doivent promouvoir les changements de pratiques que nécessite l'adoption de cette approche. À cette fin, diverses ressources sont à la disposition des milieux de pratique (activités de formation⁸¹, y compris sur la gestion de la médication, l'autogestion et les droits, documents de référence, outils, indicateurs) permettant le suivi de l'adoption et de l'implantation de cette approche dans les milieux de soins et de services ainsi qu'auprès des intervenants.

Comme les personnes atteintes de troubles mentaux fréquentent d'autres services que ceux du secteur de la santé mentale, la diffusion et l'adoption de cette approche chez les partenaires de la santé, des services sociaux et d'autres secteurs doivent être assurées, notamment dans le cursus de formation ou en formation continue auprès de ces intervenants.

MESURE 1.3

Afin que la personne utilisatrice de services en santé mentale soit l'actrice principale des soins et des services qui la concernent, que des soins axés sur le rétablissement soient implantés et maintenus dans le réseau de la santé et des services sociaux, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des mesures spécifiques concernant l'adoption de l'approche orientée vers le rétablissement dans les établissements, chez les gestionnaires, les professionnels de la santé (dont les psychiatres) et les intervenants de même que l'élaboration, l'évaluation et le maintien de services axés sur le rétablissement et soutenant celui-ci.

4.1.2.2 Reconnaître, favoriser et soutenir l'implication des membres de l'entourage

Les membres de l'entourage sont souvent la principale source de soutien et d'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale⁸². L'apparition d'une maladie mentale et l'annonce d'un diagnostic psychiatrique chez un proche peuvent être déstabilisantes, produire un choc, entraîner des deuils et de la culpabilité. L'adoption des rôles et des responsabilités dans une cellule familiale est variable. Elle dépend entre autres des forces et des limites de chacun, de la culture et du milieu dans lequel évolue la famille⁸³.

81 Une formation sur le rétablissement a été élaborée dans la foulée du PASM 2005-2010 par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP).

82 H. PROVENCHER, *op. cit.*, p. 3-4.

83 FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIES MENTALES, «Rôles et responsabilités», *De la détresse émotionnelle à l'actualisation du potentiel des membres de l'entourage*, série 1, n° 2, 2010, p. 2, accessible en ligne : <http://www.ffapamm.com/wp-content/uploads/2010/09/Fascicule2150.pdf>.

Les membres de l'entourage d'une personne qui souffre d'une maladie mentale vivent un degré de détresse psychologique plus élevé que celui de la population générale⁸⁴. Ils ont de nombreux besoins qui doivent être reconnus, notamment en matière d'information sur les maladies mentales, sur les services disponibles, sur le soutien qu'ils peuvent obtenir (interventions psychosociales, activités d'information, formation, accompagnement, groupes d'entraide, mesures de répit-dépannage, etc.) et sur les stratégies à adopter afin de faire face à cette nouvelle réalité^{85, 86}.

Encore aujourd'hui et malgré la reconnaissance de l'importance de leur rôle, des membres de l'entourage des personnes atteintes d'un trouble mental n'ont pas le sentiment de participer à la mesure des responsabilités qu'ils assument⁸⁷. Dans l'exercice de leur rôle d'accompagnateur, des proches sont maintenus à distance de l'équipe soignante ou des intervenants, ce qui rend difficile la transmission d'information ou d'observations pouvant être utiles à l'évaluation de l'état clinique de la personne qui reçoit des soins⁸⁸. Il semble que certains intervenants refusent d'écouter les membres de l'entourage, un comportement qu'ils justifient par le respect de la confidentialité. Pourtant, l'écoute ne brime en rien les droits de la personne utilisatrice de services. De plus, le Code de déontologie des médecins du Québec, comme celui d'autres professionnels de la santé, fait état de l'obligation qu'ont ces derniers de collaborer avec les proches du patient ou avec toute autre personne qui montre un intérêt significatif pour celui-ci⁸⁹.

L'implication de membres de l'entourage contribue à une diminution de la détresse psychologique de ceux-ci tout en réduisant le nombre de rechutes chez la personne atteinte de maladie mentale⁹⁰. Cette implication doit être promue et favorisée dans les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale. À cette fin, les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la contribution des membres de l'entourage et informés sur les différentes façons de favoriser et de soutenir leur implication, tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins.

De plus, les membres de l'entourage doivent être informés sur les ressources communautaires qui leur sont destinées et y être dirigés en cas de besoin. Une attention particulière doit être accordée aux enfants dont un parent (parfois les deux) est atteint d'un trouble mental afin que ces enfants bénéficient d'un soutien et d'un accompagnement adéquats.

84 J.P. BONIN et autres, Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale, IRSC, FRSQ, mars 2012, p. 5, accessible en ligne : http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Recherche/Recherche/rapport%20Projet%20Famille_Version%20%20finale.pdf.

85 INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC, *Guide d'information et de soutien destiné aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*, février 2012, p. 4, accessible en ligne : <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/publications/guide-soutien-membre-entourage.pdf>.

86 J.P. BONIN et autres, *op. cit.*, p. 5.

87 *Loc. cit.*

88 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 44, accessible en ligne : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

89 *Code de déontologie des médecins*, section V, article 59, [Québec], Éditeur officiel du Québec, accessible en ligne : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM (consulté le 10 février 2015).

90 Y. MOTTAGHIPOUR et A. BICKERTON, «The pyramid of family care: A framework for family involvement with adult mental health services», *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, vol. 4, n° 3, 2005, p. 210-217.

MESURE 1.4

Afin de reconnaître la détresse des membres de l'entourage d'une personne atteinte d'un trouble mental, de favoriser et de soutenir leur implication dans leur rôle d'accompagnateur, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale :

1. inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des actions et des modalités de suivi concernant l'implication, dans le processus clinique, des membres de l'entourage des personnes utilisatrices de services dans le respect de leurs droits. Ces actions accorderont une attention particulière à l'actualisation de la notion de confidentialité et solliciteront la participation active de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage;
 2. mettra en place un mécanisme visant à renseigner systématiquement les membres de l'entourage sur les associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, dont le mandat est d'offrir des services d'intervention psychosociale, de formation et d'information, des groupes d'entraide et des mesures de répit-dépannage qui leur sont destinés;
 3. mettra en place un mécanisme d'orientation systématique à l'intention des membres de l'entourage vers les associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale lorsqu'un besoin en ce sens est déterminé. Une attention particulière doit être accordée aux enfants de personnes atteintes d'un trouble mental afin que ces enfants bénéficient du soutien nécessaire.
-

4.1.3 LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE DANS LA PLANIFICATION ET L'ORGANISATION DES SERVICES : LA PARTICIPATION ACTIVE DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES ET DES MEMBRES DE L'ENTOURAGE

Au fil des ans, les systèmes de santé en sont venus à considérer le patient comme un partenaire actif de la planification et de l'amélioration des services. Cette transformation s'est notamment effectuée en vue de l'adaptation de la prestation des soins et des services au suivi des maladies chroniques, parce qu'il s'effectue sur une longue période et requiert un partenariat étroit et égalitaire entre les professionnels de la santé et les personnes utilisatrices de services⁹¹.

Les lieux de participation des personnes utilisatrices de services dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois se sont multipliés au cours des trente dernières années : tables de concertation régionales et provinciales, conseils d'administration, comités d'usagers, etc. Le PASM 2005-2010 a donné lieu à un accroissement de la participation des personnes utilisatrices de services dans différents comités et structures de concertation locales et régionales. Le travail d'organismes communautaires a permis la formation de regroupements de personnes dans certaines régions, ce qui a joué un rôle fondamental sur le plan de la dynamique de participation⁹² et doit être maintenu.

Malgré ces progrès, des lieux de participation pourraient être davantage mis à profit, puisque la participation des usagers ne constitue pas toujours une occasion réelle d'influence auprès des instances décisionnelles et varie grandement d'une région à une autre. De plus, la participation des personnes utilisatrices de

91 A. BOIVIN et autres, « Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial », *Implementation Science*, vol. 9, n° 24, février 2014, 10 p., accessible en ligne : <http://www.implementationscience.com/content/9/1/24>.

92 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 15, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

services et l'évaluation de cette participation souffrent de l'absence de processus de suivi⁹³. Dans plusieurs régions, la pertinence de l'implication de représentants des familles et des proches doit encore être débattue auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour constituer une expérience positive et constructive chez l'ensemble des acteurs concernés, la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage doit être coordonnée, soutenue et ajustée en fonction des résultats obtenus et des obstacles rencontrés.

MESURE 1.5

Afin de soutenir la participation active des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage dans la planification et l'organisation des services :

1. Le MSSS soutiendra les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale par la diffusion d'un guide en matière de participation des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.
 2. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des actions spécifiques visant la mise en place, le maintien, le suivi et l'évaluation de la participation d'usagers et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.
-

4.2 LA MISE EN PLACE DE CONDITIONS PERMETTANT LE PLEIN EXERCICE DE LA CITOYENNETÉ

Plusieurs caractéristiques individuelles (compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements, caractéristiques socioéconomiques) ainsi que le milieu de vie (milieu familial, milieu de garde et scolaire, milieu de travail, milieu résidentiel et d'hébergement, communauté locale et voisinage) exercent une influence sur l'état de santé d'un individu et d'une population⁹⁴. C'est par l'interaction de plusieurs mesures qu'il est possible d'influencer certains de ces facteurs et ainsi de soutenir la personne dans l'amélioration de son état de santé, de son bien-être et de sa qualité de vie.

La présente section traite du soutien des personnes utilisatrices de services dans l'accomplissement de leurs rôles sociaux, l'amélioration de leurs conditions de vie et de leur participation sociale, que vise le MSSS. Comme de tels objectifs demandent notamment la contribution d'une diversité de professionnels, le MSSS fait appel à la collaboration intersectorielle. Le travail en intersectorialité requiert entre autres l'élaboration d'un langage et d'objectifs communs. L'atteinte des résultats souhaités dépend notamment d'une mobilisation collective maintenue dans le temps et d'une concertation des différents partenaires des secteurs publics, privés et communautaires. Le MSSS détermine ici des mesures concernant les services qui favorisent la participation sociale, dont le logement, le parcours scolaire, l'implication sociale et le travail des personnes qui présentent ou qui ont présenté un trouble mental.

93 M. CLÉMENT et autres, *État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au plan d'action en santé mentale 2005-2010*, ARUC-Santé mentale et citoyenneté, 2012, p. 34, accessible en ligne : <http://racorsm.com/sites/racorsm.com/files/uploaded-documents/articles/2012/11/09/2102etatdesituationparticipationpersonnesutilisatricespsm05-10.pdf>.

94 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 8-9.

4.2.1 UN LOGEMENT QUI RÉPOND AUX BESOINS DES PERSONNES

Être logé est un élément fondamental du rétablissement, de l'intégration et de la participation sociale des personnes atteintes d'un trouble mental⁹⁵. De plus, la stabilité résidentielle est un élément déterminant lorsqu'une personne désire retrouver son pouvoir d'agir.

Le MSSS favorise la formule du logement autonome accompagné d'un soutien approprié dans la communauté⁹⁶ (soutien de base non intensif (SBNI), soutien d'intensité variable (SIV), suivi intensif dans le milieu (SIM)). Toutefois, étant donnée la diversité des besoins, des capacités, des préférences et des aspirations des personnes utilisatrices de services, une gamme complète de ressources résidentielles doit être mise en place et maintenue dans toutes les régions, en collaboration avec les partenaires des secteurs publics, privés et communautaires, de la santé et de l'habitation⁹⁷. Les personnes doivent être orientées vers une ressource ou un logement approprié en fonction de leurs préférences, d'une évaluation de leurs besoins en matière d'accompagnement et d'intensité de services, tout en veillant à la prise en compte de leur âge et de l'utilisation judicieuse des ressources disponibles.

Le Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial, adopté en janvier 2012, introduit une nouvelle approche visant la détermination et la classification des services de soutien ou d'assistance offerts aux usagers par les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF), en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)⁹⁸. Le cadre de référence intitulé *Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, publié en avril 2014, indique et définit, entre autres, les dix activités du suivi professionnel de la personne confiée à la RI ou à la RTF dont l'établissement est responsable⁹⁹. Ces dix activités permettent de favoriser la réponse aux besoins des personnes confiées à une RI-RTF. Le processus de contrôle de la qualité des services rendus par l'établissement et par la ressource fait partie de ces activités.

MESURE 2

Afin de favoriser l'accès de la population desservie à une gamme complète de ressources résidentielles ou à un logement qui répond aux besoins et aux préférences de la personne utilisatrice de services, tout en procédant à une utilisation judicieuse des ressources disponibles, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale poursuivra la réorganisation de son offre de ressources résidentielles.

Au Québec, les interventions gouvernementales dans le domaine du logement social passent majoritairement par la Société d'habitation du Québec (SHQ), dont la mission est de soutenir l'accès à des conditions de logements adéquates¹⁰⁰.

95 M. PIAT et autres, «Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive», *Santé mentale au Québec*, vol. 33, n° 2, 2008, p. 247-269.

96 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, p. 11, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/t/documentation/2002/02-844-03.pdf>.

97 M. PIAT et autres, *op. cit.*

98 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, LRLQ, Article 15, chapitre S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1991.

99 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 207 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>.

100 M. LABERGE et C. MONTMARQUETTE, *L'aide au logement au Québec*, CIRANO, juin 2010, p. 31, accessible en ligne: <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-09.pdf>.

Il importe de soutenir adéquatement les gestionnaires de logements sociaux et communautaires qui comptent, parmi leurs locataires, des personnes ayant des besoins particuliers qui souhaitent vivre dans un logement et un milieu de qualité. Dans cet esprit, le Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social¹⁰¹ pose un jalon dans la collaboration essentielle entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'habitation en logement social.

Il est primordial que les personnes qui souhaitent habiter en logement autonome en aient la possibilité et soient adéquatement soutenues. Plusieurs défis freinent l'intégration de personnes atteintes d'un trouble mental dans des logements autonomes, notamment la précarité financière, la rareté des logements sains et abordables, la stigmatisation et les contraintes d'accès au soutien dans la communauté. Différents programmes permettent de réduire ces obstacles, dont les suivants :

- AccèsLogis Québec, est un programme d'aide financière qui encourage la réalisation de logements sociaux et communautaires destinés aux ménages à revenu faible ou modeste, ou à des clientèles ayant des besoins particuliers en habitation. Il permet aux coopératives d'habitation, aux offices d'habitation, aux organismes et aux sociétés acheteuses sans but lucratif de mettre sur pied des projets d'habitation sociale et communautaire avec une contribution de leur milieu¹⁰².
- Le Programme de supplément au loyer (PSL) dans le secteur privé à but lucratif permet à des ménages d'habiter un logement en payant un loyer qui équivaut à 25% de leur revenu. Cette formule de soutien financier à la personne favorise la mixité et l'inclusion sociale, en plus de permettre aux locataires de choisir leur lieu de résidence¹⁰³.

Accompagnés d'un soutien dans la communauté d'intensité appropriée, ces programmes favorisent l'accès au logement et le rétablissement de personnes utilisatrices de services.

MESURE 3

Afin d'élaborer des formules de logement et d'hébergement qui répondent à la situation, aux besoins et à la capacité de payer des personnes, le MSSS rappelle les engagements énoncés au Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 :

1. La SHQ réservera 500 unités de la programmation 2014-2015 du programme AccèsLogis Québec et un minimum de 10 % des unités de chaque programmation, de 2015 à 2019, aux personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi qu'à des personnes souffrant de trouble mental;
2. La SHQ accroîtra l'utilisation du PSL pour desservir des personnes itinérantes ou à risque de le devenir ainsi que des personnes atteintes de trouble mental.

101 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 57 p., accessible en ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/centredoc/NS19808.pdf>.

102 SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, *Espace partenaires - Présentation d'AccèsLogis* (en ligne), Québec, 2014, http://www.habitation.gouv.qc.ca/espace_partenaires/groupe_de_ressources_techniques/groupe_de_ressources_techniques/programmes/acceslogis_quebec/developpement_dun_projet/presentation_dacceslogis.html (consulté le 26 novembre 2014).

103 SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC, *Espace partenaires - Programme supplément au loyer (PSL)*, (en ligne), Québec, 2014, http://www.habitation.gouv.qc.ca/espace_partenaires/municipalites/municipalites_acceslogis_quebec/programmes/acceslogis_quebec/participation_financiere_de_base/programme_supplement_au_loyer_psl.html (consulté le 26 novembre 2014).

4.2.2 LE SOUTIEN DANS LA POURSUITE DU PARCOURS SCOLAIRE DES JEUNES ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL ET DE CEUX À RISQUE D'EN ÊTRE ATTEINTS

La santé et le bien-être sont des facteurs qui exercent une grande influence sur la réussite éducative de tous les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Plusieurs leviers et travaux en cours favorisent déjà la concertation des ministères concernés par la réussite éducative des jeunes, notamment de ceux qui présentent un trouble mental ou qui sont à risque d'en présenter un. Un arrimage efficace entre les réseaux permet de pallier les difficultés rencontrées par ces jeunes et ces adultes, en plus d'outiller le réseau de l'éducation et les milieux scolaires dans la mise en place d'interventions, de mesures d'adaptation (temps supplémentaire pour réaliser un examen, tutorat, etc.) et d'environnements favorables à la santé, au bien-être et au développement des élèves.

La présente section traite d'abord de l'arrimage entre les réseaux et leurs professionnels tout au long du parcours scolaire puis de la mise en place d'accommodements destinés aux jeunes du postsecondaire ayant des besoins particuliers.

4.2.2.1 L'arrimage entre les réseaux tout au long du parcours scolaire

L'intervention précoce auprès des jeunes qui présentent un trouble mental ou de ceux qui sont particulièrement à risque d'en présenter un est primordiale, notamment lors de certaines périodes charnières comme les périodes de transition. Lors du passage du milieu de garde à l'école primaire, des facteurs de risque peuvent rendre les transitions difficiles pour certains enfants : difficultés à établir des relations chaleureuses, incapacités, situation sociale difficile, etc. À ce sujet, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), désormais le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR), le ministère de la Famille et le MSSS ont élaboré conjointement un guide, intitulé *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité, services de garde et école*, qui a pour objet de fournir aux services de garde et au milieu scolaire des renseignements sur ce qu'est une transition de qualité, leur permettant d'analyser, de bonifier et de mettre en place des pratiques de transition entre les différents milieux où les enfants vivent et reçoivent des services¹⁰⁴.

Le début de l'école primaire est marqué par le développement de nombreuses habiletés. Cette période influence à plusieurs égards les capacités d'adaptation ainsi que la santé mentale des enfants¹⁰⁵. Elle peut être caractérisée par de l'anxiété, des difficultés d'adaptation, d'apprentissage ou des retards de développement.

La transition vers l'école secondaire est, quant à elle, caractérisée par l'expression d'un besoin d'indépendance, l'influence des pairs de même que par le développement de l'identité et de l'orientation sexuelle¹⁰⁶. Un guide intitulé *Guide pour soutenir une transition scolaire de qualité vers le secondaire*¹⁰⁷ a été élaboré à ce sujet. L'adolescence est caractérisée par de nombreux changements hormonaux, physiques, psychologiques et sociaux. De plus, c'est au cours de l'adolescence que les jeunes voient augmenter leur exposition à certains facteurs de risque pour la santé mentale et la santé physique (alcool, drogues, violence, etc.). Certains manifesteront leurs premiers signes d'anxiété, de dépression, de

104 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 3, accessible en ligne : http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/GuideSoutenirPremiereTransScolQualite_f.pdf.

105 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 49.

106 Loc. cit.

107 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Guide pour soutenir une transition scolaire de qualité vers le secondaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 18 p. accessible en ligne : http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Guide_SoutenirTransitionScolaireQualiteVersSec.pdf.

trouble du comportement alimentaire, d'épisode psychotique, de toxicomanie ou d'automutilation au cours de cette période¹⁰⁸.

Afin de soutenir les jeunes et les familles tout au long du parcours scolaire, l'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation intitulée *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes*¹⁰⁹ vise à «[...] obtenir une vision commune et globale des besoins des jeunes et de leur famille ainsi qu'à préciser les responsabilités spécifiques et communes des partenaires, et ce, dans une perspective de continuité et de coordination des interventions. Les partenaires des deux réseaux doivent donc déployer ensemble les moyens nécessaires pour que tous les jeunes aient accès, au moment opportun, aux services dont ils ont besoin [...]»¹¹⁰. Notamment afin de porter un regard attentif aux besoins des jeunes ayant des difficultés ou une déficience, un cadre à l'intention des gestionnaires et des intervenants des deux réseaux, intitulé *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, au palier local et régional*, clarifie le cheminement du jeune en prenant en considération ses besoins spécifiques, notamment dans les périodes de transition¹¹¹. Le «continuum de services» désigne l'accès, la continuité et la complémentarité des services requis par une clientèle. Il tient compte des trajectoires de services, de la démarche d'aide à l'élève et de l'ensemble des moyens mis en place pour répondre aux besoins d'une clientèle¹¹².

Le continuum de services intégrés comprend, outre les services éducatifs, des services de promotion de la santé et du bien-être de l'ensemble des jeunes¹¹³, des services de prévention à l'intention de ceux qui présentent un risque d'avoir des problèmes, des services d'aide et de réadaptation destinés aux jeunes en difficulté, des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale destinés à ceux qui présentent une déficience ou une incapacité ainsi que des services de soutien et d'accompagnement à l'intention des familles¹¹⁴.

Concernant les enfants et les jeunes désignés comme ayant des problèmes complexes, la mise en place d'un continuum de services intégrés est notamment favorisée par la production d'un plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Le PSII constitue une démarche de planification et de concertation pour les deux réseaux afin d'améliorer la qualité de la réponse aux besoins du jeune. Il prévoit la collaboration et la participation active des acteurs concernés, des parents et du jeune¹¹⁵. Cette démarche permet entre autres au milieu scolaire de préparer l'arrivée à l'école d'un jeune ayant des besoins spécifiques, de mettre en place des conditions optimales pour la poursuite de son parcours scolaire ainsi

108 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 49.

109 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Deux réseaux et un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 2, accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf.

110 *Loc. cit.*

111 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, au palier local et régional*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 42 p., accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Cadre.pdf.

112 *Ibid.*, p. 5.

113 Le thème de la promotion de la santé et du bien-être en contexte scolaire sera davantage abordé dans le chapitre suivant, qui porte sur les jeunes.

114 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Deux réseaux et un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 6, accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf.

115 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, au palier local et régional*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, p. 43, accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Cadre.pdf.

que d'établir un plan de transition avec la collaboration de partenaires en vue de la transition de l'école à la vie active. Le partenariat entre les deux réseaux peut, par exemple, être facilité par le déroulement d'activités de formation conjointes qui permettent la création de liens et l'acquisition d'une vision partagée, par le soutien et l'engagement des gestionnaires de même que par la mise en place et la diffusion de trajectoires claires de services¹¹⁶.

MESURE 4

Afin de soutenir les jeunes dans leur parcours scolaire, le MSSS et le MEESR poursuivront les travaux en vertu de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, notamment en soutenant l'élaboration et le renforcement d'un continuum de services intégrés à l'intention des jeunes, tant à l'échelle locale et régionale qu'à l'échelle nationale.

MESURE 5

Afin de soutenir les jeunes et les jeunes adultes de 16 à 24 ans qui poursuivent leur parcours scolaire en formation professionnelle et en formation générale aux adultes, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau de l'éducation élaboreront, en collaboration avec leurs partenaires, des ententes visant à améliorer les mécanismes d'accès et les trajectoires de services afin de répondre, en temps opportun, aux besoins des élèves qui présentent un trouble mental ou un indice de trouble mental.

4.2.2.2 Le soutien des étudiants du postsecondaire

Le nombre d'étudiants du postsecondaire bénéficiant de mesures d'accommodement, notamment en raison d'un trouble mental, d'un trouble d'apprentissage ou d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, est en augmentation constante depuis les dix dernières années¹¹⁷. Depuis 2005, des travaux menés par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de la Science (MESRS) – désormais MEESR – ont permis la détermination de défis, dont les problèmes d'accès aux professionnels habilités à évaluer les troubles mentaux. Ces problèmes ont pour effet de retarder la mise en place d'accommodements par les établissements d'enseignement supérieur et de compromettre ainsi la réussite éducative des étudiants concernés.

D'autres travaux et expériences ont permis l'élaboration des pratiques de soutien aux études favorisant la concertation entre les établissements d'enseignement et les services de santé mentale en plus de soutenir la persévérance scolaire. Les programmes de soutien aux études mis en place dans plusieurs régions du Québec permettent également de mettre en lumière plusieurs obstacles auxquels se heurtent les étudiants atteints d'un trouble mental, dont la stigmatisation, le manque de connaissance des milieux d'enseignement sur les ressources disponibles ainsi que les difficultés d'accès aux soins et aux services adéquats.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 16.

¹¹⁷ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *L'accommodement des étudiants et étudiantes en situation de handicap dans les établissements d'enseignement collégial*, 2012, p. 5, accessible en ligne: http://www.cdpcj.qc.ca/publications/accommodement_handicap_collegial.pdf.

En vertu de la responsabilité populationnelle confiée aux centres intégrés et à leurs partenaires, ceux-ci doivent travailler au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de leur territoire, notamment par la mise en place d'actions concertées. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux et les établissements d'enseignement supérieur doivent collaborer à la mise en place de conditions permettant aux étudiants du postsecondaire ayant besoin d'accommodements de poursuivre leur parcours scolaire.

À cette fin, les établissements concernés doivent faciliter l'accès à une évaluation des troubles mentaux par un professionnel habilité, conformément au Code des professions et d'autres dispositions de la loi dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines¹¹⁸. De plus, ainsi qu'il est mentionné dans les Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS, certains professionnels des établissements d'enseignement peuvent agir à titre de référent à la fonction de guichet d'accès en santé mentale (GASM) de l'équipe de santé mentale de première ligne¹¹⁹.

MESURE 6

Afin de soutenir les jeunes et les jeunes adultes dans leur parcours scolaire, les centres intégrés auront l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole d'entente qui réponde aux besoins de chacun des établissements d'enseignement supérieur se trouvant sur leur territoire. Ce protocole devra notamment définir les mécanismes d'accès, les trajectoires de services et les modalités de référence en vue de l'accès aux évaluations de type diagnostique des étudiants qui présentent un indice de trouble mental.

Pour se guider dans cette démarche, les établissements concernés pourront se fonder sur le protocole d'entente proposé dans le Cadre de référence pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec¹²⁰.

4.2.3 FAVORISER L'IMPLICATION SOCIALE, L'INTÉGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN EN EMPLOI DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL

L'implication sociale et le travail peuvent exercer une grande influence sur la santé, la qualité de vie et le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental. Bien que le MSSS fasse la promotion de l'intégration socioprofessionnelle et du maintien en emploi régulier, le PASM 2015-2020 reconnaît la diversité des parcours, des besoins et des façons de contribuer socialement. Ainsi, la participation dans les sphères socioprofessionnelle et sociale peut prendre différentes formes : l'implication sociale dont le bénévolat, les études, le travail à temps partiel ou à temps plein, les activités de jour, les stages et les ateliers adaptés, etc. La contribution des personnes atteintes d'un trouble mental ne dépend pas que d'une volonté individuelle. La communauté, ses dirigeants et ses institutions ont la responsabilité de mettre en place des conditions qui

118 OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif*, Québec, Gouvernement du Québec, décembre 2013, 94 p., accessible en ligne : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf.

119 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2011, p. 27, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

120 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Cadre de référence - Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec*, Québec, 2010, 28 p., <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000735/>.

favorisent la mobilité, la mixité sociale et l'implication sociale de ces personnes¹²¹.

Dans la présente section, il sera d'abord question du soutien à l'intégration socio-professionnelle et au maintien en emploi. Le rôle joué par le réseau de la santé et des services sociaux dans l'intégration professionnelle des personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un trouble mental, notamment par la promotion de la santé mentale et les pratiques d'embauche, sera ensuite abordé.

4.2.3.1 L'intégration socioprofessionnelle ou l'intégration en emploi

L'intégration socioprofessionnelle est un aspect important de la réadaptation des personnes atteintes d'un trouble mental¹²². Malgré la diminution du nombre de personnes ayant une contrainte sévère à l'emploi, de 2008 à 2013, la représentation parmi les prestataires de l'aide financière de dernier recours des personnes atteintes d'un trouble mental, tout comme celle des personnes qui présentent un TSA, a significativement augmenté, tant en nombre qu'en proportion. Pourtant, près de 34 % de ces prestataires ont obtenu un diplôme secondaire, collégial ou universitaire. Ce constat témoigne d'une transition difficile vers l'entrée sur le marché du travail ou de besoins insatisfaits en matière d'adaptation du milieu professionnel¹²³.

Au fil des ans, différents programmes ont été mis en place par le MSSS, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) et dans le milieu communautaire afin de soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental dans leur cheminement vers l'emploi. Afin de répondre aux besoins et aux préférences de ces personnes, plusieurs modèles favorisant l'intégration socioprofessionnelle ou l'intégration en emploi doivent coexister (réadaptation psychosociale par le travail, services d'aide en emploi et programmes préparatoires à l'emploi, dont les services spécialisés de main-d'œuvre à l'intention des personnes handicapées, soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuel » (IPS¹²⁴), etc.), dans la mesure où ils soutiennent adéquatement la personne dans son parcours de rétablissement. Le MSSS a d'ailleurs donné à l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP) le mandat de faire l'examen des pratiques en matière de réadaptation psychosociale par le travail et l'évaluation de l'impact des interventions sur le rétablissement des personnes utilisatrices de services.

Afin de répondre aux engagements pris dans le contexte de la Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées¹²⁵ et du Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015¹²⁶, le MTESS et le MSSS procèdent depuis 2012 à des expérimentations régionales pour un meilleur cheminement vers la participation sociale, l'intégration et le maintien en emploi. Ces expérimentations visent la mise en place ou la consolidation de mécanismes de liaison intersectoriels pour l'optimisation du cheminement ou de la progression de personnes atteintes d'un trouble mental ou qui présentent une déficience intellectuelle ou physique à travers l'offre de service disponible dans les deux réseaux. Elles ont également pour objectif de mettre à profit la complémentarité des services rendus à ces clientèles par les deux réseaux

121 L. RODRIGUEZ et autres, *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté - Changer les perspectives*, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 130.

122 M. CORBIÈRE et autres, « Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale », *Santé mentale au Québec*, 2006, vol. 31, n° 2, p. 215-235.

123 MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Phase II de la stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées 2014-2018 - cahier de consultation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, p. 9, accessible en ligne : http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_strategie_handicapes_cahier_consultation.pdf.

124 L'acronyme est tiré de l'anglais Individual Placement and Support (IPS).

125 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Stratégie nationale pour le maintien en emploi des personnes handicapées - État de la mise en œuvre et premiers résultats*, Québec, 38 p., accessible en ligne : http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/strategie_nationale/publications.asp (consulté le 16 avril 2015).

126 MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 - Le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 52 p., accessible en ligne : <http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/plan-action/index.asp>, (consulté le 16 avril 2015).

en plus de permettre la détermination des forces et des faiblesses du continuum de services actuel.

Avec la collaboration du MTESS, le MSSS souhaite bonifier les services visant l'intégration et le maintien en emploi des personnes atteintes d'un trouble mental. À cette fin, les régions doivent instaurer un modèle de collaboration entre le réseau de l'emploi et celui de la santé et des services sociaux (notamment dans les équipes de SIM et les SIV) de même qu'avec les partenaires du milieu communautaire, afin de favoriser l'intégration et le maintien en emploi des personnes utilisatrices de services, de même que l'accompagnement des milieux de travail.

MESURE 7

Afin de favoriser l'intégration et le maintien en emploi des personnes utilisatrices de services et à la lumière des constats tirés de leurs expérimentations, le MSSS et le MTESS établiront des modèles de collaboration entre les acteurs concernés en santé mentale du réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans les équipes de SIM et les services de SIV, ceux du réseau de l'emploi et du milieu communautaire, en vue d'offrir un meilleur soutien aux personnes utilisatrices de services et aux employeurs.

4.2.3.2 La santé mentale et l'emploi: vers un réseau de la santé et des services sociaux exemplaire

L'un des grands défis des politiques de santé mentale et d'emploi est le soutien des personnes atteintes d'un trouble mental afin qu'elles demeurent en emploi et maintiennent leur productivité. Ces défis demandent à la fois des actions de suivi, de gestion de la maladie ainsi qu'une mobilisation des entreprises et des employeurs en vue d'offrir des conditions de travail et une gestion favorisant la santé mentale¹²⁷. Il va de soi qu'un accès en temps opportun à des services de première ligne en santé mentale permet de favoriser l'intégration et le maintien en emploi des personnes utilisatrices de services.

En tant qu'employeur de près de 7% de la population active du Québec¹²⁸, le réseau de la santé et des services sociaux doit donner l'exemple et mettre en place des conditions de travail qui favorisent la santé mentale, le retour au travail et l'embauche de personne ayant ou ayant eu un trouble mental. Le réseau de la santé et des services sociaux doit veiller au respect des normes et des lois relatives aux pratiques d'embauche et s'assurer que les personnes qui présentent ou ont déjà présenté un trouble mental ne soient pas discriminées à cet égard.

Les articles 10 et 16 de la Charte des droits et libertés de la personne interdisent à l'employeur de faire de la discrimination, au moment de l'embauche, notamment en raison d'un handicap¹²⁹. La protection contre la discrimination en raison d'un handicap vise autant les limites fonctionnelles réelles que les limites perçues ou fondées sur des stéréotypes, qui n'ont rien à voir avec la capacité réelle d'un individu d'effectuer son travail.

127 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES, *Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, mars 2012, p. 224.

128 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes de la santé 2012-2013 2013-2014 2014-2015*, Gouvernement du Québec, 2015, p. 29, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001016/>.

129 *Charte des droits et libertés de la personne*: chapitre C-12, chapitre I.1, articles 10 et 16, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1975.

De plus, l'article 18.1 de la Charte énonce l'interdiction de recueillir, dans un formulaire d'embauche ou lors d'une entrevue de sélection, des renseignements relatifs aux motifs prévus dans l'article 10¹³⁰. Cette protection s'étend entre autres aux tests médicaux de pré-embauche, y compris les questionnaires sur l'état de santé. À ce sujet, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse précise qu'un employeur ne peut requérir des renseignements sur l'état de santé d'une personne à moins qu'il démontre que ceux-ci réfèrent à des aptitudes ou à des qualités requises par l'emploi (article 20 de la Charte)¹³¹.

MESURE 8

Afin de s'imposer à titre d'employeur exemplaire, chaque établissement du réseau de la santé et de services sociaux se dotera d'un plan d'action sur la santé mentale au travail adopté par son conseil d'administration et comprenant des mesures efficaces sur :

1. la promotion de la santé mentale au travail, la mise en place de conditions de travail et de pratiques organisationnelles qui favorisent la santé mentale du personnel;
2. la prévention des troubles mentaux, les programmes et les ressources d'aide aux employés;
3. une démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail destinée aux employés ayant vécu un épisode de trouble mental;
4. le développement d'attitudes responsables envers la discrimination au travail ainsi qu'à l'embauche de personnes atteintes ou ayant été atteinte d'un trouble mental.

Dans le but de faciliter cet exercice et de favoriser la réalisation, le suivi et l'évaluation d'actions dont l'efficacité est mesurable, le MSSS produira un modèle à partir duquel les établissements élaboreront leur plan.

130 *Charte des droits et libertés de la personne*: chapitre C-12, chapitre I.1, article 18.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1975.

131 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *L'application et l'interprétation de l'article 18.1 de la Charte des droits et libertés de la personne*, 2011, 21 p., accessible en ligne : http://www.cdpcj.qc.ca/publications/formulaire_emploi_2011.pdf.

5/ ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES ADAPTÉS AUX JEUNES, DE LA NAISSANCE À L'ÂGE ADULTE

Les premiers signes de trouble mental se manifestent souvent tôt dans la vie. En effet, 50% des maladies mentales apparaissent avant l'âge de 14 ans¹³². Les premières manifestations de trouble mental chez les jeunes sont fréquemment confondues avec les comportements perturbateurs normaux des enfants et des adolescents, ce qui retarde l'accès aux traitements adéquats et aux services requis. Ce délai peut faire en sorte que la maladie affecte significativement le rendement scolaire ou professionnel, entraîne des difficultés personnelles, sociales et familiales, diminue le niveau de vie, devienne chronique, affecte les habitudes de vie, s'ajoute à d'autres problèmes de santé, entraînant une diminution de l'espérance et de la qualité de vie des personnes atteintes¹³³. Ainsi, l'impact social et économique des troubles mentaux chez les jeunes est énorme et s'amplifie lorsque la stigmatisation et la discrimination sont prises en compte. Les troubles mentaux sont d'ailleurs considérés comme le principal groupe de maladies chroniques chez l'enfant et l'adolescent, au même titre que les maladies cardiaques et métaboliques chez l'adulte¹³⁴.

La présente section, entièrement consacrée aux jeunes, comprend des mesures relatives à des périodes charnières de leur parcours de vie et de leur trajectoire de services. Il sera d'abord question des mesures à poursuivre ou à entreprendre en vue de soutenir le développement optimal des enfants. Suivront des mesures qui visent l'adaptation des soins et des services à l'évolution du développement des jeunes, de l'enfance à l'adolescence et à la transition vers l'âge adulte. Il sera enfin question des services destinés aux jeunes atteints d'un trouble mental qui reçoivent des services dans le cadre de la LPJ, puis à ceux qui ciblent les jeunes qui vivent un premier épisode psychotique.

5.1 SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS: UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Le développement de l'enfant dépend de facteurs biologiques et environnementaux et de l'interaction de ces deux types de facteurs. C'est au cours de la petite enfance que les circuits du cerveau qui régissent les émotions, l'attention, le stress

132 R.C. KESSLER et autres, «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, 2005; p. 593-602.

133 COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *op. cit.*

134 T.R. INSEL et W.S. FENTON, «Psychiatric epidemiology, it's not just about counting anymore», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, p. 590-592.

et la maîtrise de soi se développent en fonction de l'interaction entre les gènes et des expériences vécues par l'enfant. Veiller au bien-être et au développement optimal des enfants d'âge préscolaire est une responsabilité partagée entre les parents et la famille, la communauté et le gouvernement¹³⁵. Soutenir le développement optimal des enfants exige des actions dans leurs milieux de vie.

À cette fin, le PASM 2015-2020 fait état de mesures universelles qui visent l'amélioration de la santé et du bien-être de même que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez l'ensemble des enfants et des familles québécoises. Il sera ensuite question de mesures qui ciblent les familles et les enfants qui présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité à la fois.

5.1.1 SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DE TOUS LES ENFANTS QUÉBÉCOIS PAR DES MESURES UNIVERSELLES

Le milieu scolaire est un lieu privilégié pour les actions de promotion et de prévention s'adressant à l'ensemble des jeunes en raison du temps que les jeunes y passent et de la mission des organisations qui le composent. Lorsque les interventions de promotion des compétences sociales et émotionnelles réalisées en milieu scolaire sont de qualité, leur efficacité est reconnue¹³⁶. Elles aident notamment les enfants à reconnaître et à maîtriser leurs émotions, à se fixer et à atteindre des buts constructifs, à considérer le point de vue de «l'autre», à établir et à entretenir leurs relations interpersonnelles et sociales ainsi qu'à prendre des décisions responsables¹³⁷. Bien qu'universelles, ces interventions ont un impact particulièrement positif sur les enfants et les jeunes qui sont en situation de vulnérabilité ou qui vivent dans des communautés faisant face à de multiples facteurs d'adversité socioéconomique¹³⁸.

Les services de garde éducatifs à l'enfance, première étape du parcours éducatif, contribuent au développement des habiletés affectives, physiques, motrices, sociales, morales, cognitives et langagières chez l'enfant, tout en favorisant l'autonomie et l'adoption de saines habitudes de vie¹³⁹. Le Québec s'est doté d'orientations au regard de ces services, qui sont encadrés par la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance¹⁴⁰. Chez certains enfants qui évoluent dans un contexte de vulnérabilité, ces services jouent un rôle déterminant dans leur développement¹⁴¹. À ce sujet, le gouvernement du Québec a introduit différentes mesures afin de favoriser l'accès à des services éducatifs à l'enfance à tous les enfants, dont les services de garde à contribution parentale réduite. L'accessibilité, au chapitre des places disponibles, de la proximité géographique et des coûts associés, demeure un défi pour le Québec. La maternelle dès l'âge de quatre ans pour les enfants vivant en milieu défavorisé représente un autre moyen de contribuer à leur développement global.

135 MINISTÈRE DE LA FAMILLE, *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec – Une vision partagée pour des interventions concertées*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, p. 5, accessible en ligne : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>.

136 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 54.

137 M. KNAPP, D. MCDAID et M. PARSONAGE (sous la dir. de), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*, Londres, Department of Health, 2011, p. 9, accessible en ligne : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215626/dh_126386.pdf.

138 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 53.

139 MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, *Programme éducatif* (en ligne), <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/programme-educatif/programme-educatif/Pages/index.aspx> (consulté le 26 mars 2014).

140 *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, chapitre S-4.1.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2006.

141 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 39.

MESURE 9

Afin de soutenir le développement optimal des enfants québécois, le MSSS, le MEESR et le ministère de la Famille poursuivront leur collaboration et leur concertation dans l'élaboration et le déploiement d'actions efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire, notamment au préscolaire.

En contexte scolaire, l'approche *École en santé* favorise la planification d'actions visant la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes dans les écoles primaires et secondaires publiques et privées, en concertation avec leurs partenaires. La démarche proposée repose sur l'interaction de facteurs clés, dont l'estime de soi, les compétences sociales, les saines habitudes de vie, l'environnement familial, scolaire et communautaire, qui ont des effets importants sur la réussite scolaire, la santé et le bien-être des jeunes. Afin d'outiller les établissements scolaires dans le choix et la priorisation des actions de promotion de la santé et de prévention à mettre en œuvre en fonction des besoins de leurs élèves et de la réalité de leur milieu, le MEESR, le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) travaillent ensemble à la désignation de compétences à développer chez les jeunes et d'actions à mettre en place dans leurs milieux de vie.

MESURE 10

Afin de soutenir le développement optimal des jeunes Québécois, le MSSS et le MEESR poursuivront leur travail de concertation visant le déploiement d'actions efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire, en continuité de l'approche *École en santé*.

5.1.2 INTERVENIR DE FAÇON CIBLÉE CHEZ LES ENFANTS À RISQUE DE PRÉSENTER UN TROUBLE MENTAL

Le milieu familial joue un rôle primordial dans toutes les sphères du développement. Il influe sur les compétences, les comportements ainsi que sur l'état de santé présent et futur de l'enfant¹⁴². Un nombre important de jeunes sont soumis à plusieurs sources de stress dont l'impact est cumulatif. Cela exerce une influence directe sur les troubles associés aux stress dans l'enfance (trouble d'adaptation, trouble d'attachement et état de stress post-traumatique), sur l'apparition ou l'aggravation d'autres troubles mentaux de même que sur le développement cognitif¹⁴³.

Les enfants qui sont maintes fois exposés, au cours des premières années de vie, à certaines formes d'adversité (pauvreté familiale, pratiques parentales inadéquates, maltraitance, trouble mental des parents) sont davantage à risque de rencontrer des difficultés (échecs scolaires, problèmes de santé physique et mentale, adoption de comportements à risque, délinquance, criminalité)¹⁴⁴ pouvant entraîner de lourdes conséquences pour eux-mêmes de même que des coûts importants pour la société.

142 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 9.

143 R. FELDMAN et A. VENGROBER, « Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 50, n° 7, 2011, p. 645-658.

144 ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ, *Le développement des jeunes enfants – Sommaire exécutif*, Groupe d'experts de la Société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé, automne 2012, 3 p., accessible en ligne : http://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD_3_FR_FINAL.pdf (consulté le 20 février 2014).

De plus, la présence d'un trouble mental chez les parents influence l'apparition de la maladie mentale chez l'enfant¹⁴⁵. Cette influence est causée par des facteurs génétiques et environnementaux, mais aussi par les situations de stress vécues par ces familles¹⁴⁶. En plus de rencontrer des difficultés relatives à la maladie de l'un ou des deux parents, ces familles peuvent vivre des séparations et des perturbations familiales¹⁴⁷. Les risques et les conséquences négatives peuvent toutefois être amoindris par de la stabilité familiale et par du soutien¹⁴⁸, d'où l'importance d'accompagner les intervenants dans l'acquisition de compétences relatives à l'adaptation des interventions à cette réalité. Des intervenants de différents programmes ou milieux scolaires peuvent être confrontés à cette situation, dont ceux offrant des services de protection et de réadaptation dans un centre intégré.

Dans plusieurs pays, des programmes ont été élaborés afin d'accompagner les familles qui vivent en contexte de vulnérabilité, de favoriser le développement optimal des enfants et de limiter les impacts des facteurs de risque. Au Québec, le MSSS a notamment élaboré les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité. Ce programme réunit des professionnels de la santé et des services sociaux, des intervenants de groupes communautaires et des services de garde éducatifs à la petite enfance en vue de soutenir les futurs parents et les familles durant la grossesse ainsi que lors de l'arrivée du bébé jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 5 ans¹⁴⁹.

Un programme d'intervention en négligence a aussi été développé afin de répondre aux besoins des enfants qui vivent en contexte de négligence ou à haut risque de négligence ainsi qu'à ceux de leurs parents.

Afin d'améliorer la réponse aux besoins des familles et de bonifier les programmes existants, les équipes et les intervenants des centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille, des milieux scolaires et des différents programmes doivent pouvoir bénéficier de l'expertise et du soutien des intervenants des équipes de santé mentale de première ligne. Les pratiques organisationnelles et cliniques doivent favoriser une prise en compte globale des besoins des enfants et le dépistage des troubles mentaux et des dépendances, tant chez les parents que chez les enfants.

MESURE 11

Afin de compléter et d'améliorer l'offre de service destinée aux familles qui le requièrent, de promouvoir la santé mentale, de prévenir l'apparition de troubles mentaux, le MSSS rappelle les engagements énoncés au Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 :

1. Le MSSS s'engage à maintenir et à bonifier l'offre des SIPPE à l'intention des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité dans toutes les régions du Québec.
2. Le MSSS s'engage à poursuivre l'implantation du programme d'intervention en négligence offert par les centres intégrés, en vue d'une couverture

145 W.R. BEARDSLEE et autres (2003), cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 79.

146 M. RUTTER, «Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling ?», *Development and Psychopathology*, vol. 25, n° 4, novembre 2013, p. 1201-1213.

147 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 79.

148 P.M. ELLIS et S.C.D. COLLINGS (1997), cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, p. 79.

149 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Portail Santé Montréal – Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)* (en ligne), <http://www.santemontreal.qc.ca/vivre-en-sante/sante-des-tout-petits/services-integres-en-perinatalite-et-pour-la-petite-enfance-sippe/> (consulté le 26 novembre 2014).

complète dans l'ensemble du Québec. Ce programme s'adresse aux enfants qui vivent dans un contexte de négligence ou qui présentent un risque élevé de négligence ainsi qu'à leurs parents.

3. Le MSSS s'engage à poursuivre l'implantation du programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu¹⁵⁰, ainsi qu'il est défini dans les orientations ministérielles du programme-services Jeunes en difficultés. Ce service est offert par les centres intégrés, en vue d'une couverture complète dans l'ensemble du Québec. Ce programme vise à éviter le retrait d'un jeune de son milieu familial lors d'une situation de crise.
4. Le MSSS s'engage à intensifier la détection des problèmes de dépendance et de maladie mentale auprès des parents ciblés par les programmes susmentionnés et à les orienter vers les services appropriés, en mettant à profit, au besoin, les professionnels répondants en santé mentale et les intervenants pivots en dépendance.

5.2 RÉPONDRE AUX BESOINS DES JEUNES EN FONCTION DE LEUR DÉVELOPPEMENT

La maladie mentale affecte des personnes de tous les âges. L'âge médian de début de la maladie varie selon les troubles mentaux. Il serait de 6 ans concernant les troubles anxieux, de 11 ans concernant les troubles de comportement, de 13 ans concernant les troubles de l'humeur et de 15 ans concernant la toxicomanie¹⁵¹. L'âge de début précoce concernant toutes les maladies psychiatriques est associé à la chronicité et à la gravité de celles-ci. Du point de vue clinique, la clientèle pédopsychiatrique présente plusieurs caractéristiques qui nécessitent de développer et d'encourager cette expertise, notamment sur le plan de l'adaptation des traitements et des interventions au développement de l'enfant ou de l'adolescent et à son contexte familial.

On observe une tranche d'âge où le fardeau des maladies est grandement attribuable aux maladies mentales. Cette période chevauche la transition de l'adolescence à l'âge adulte, décrite par l'expression anglaise *emerging adults*¹⁵², que l'on peut traduire par «adultes émergents». Selon l'INSPQ, les troubles mentaux et du comportement sont responsables de 90 % des années vécues avec une incapacité chez les 15 à 29 ans¹⁵³. À l'exception de ceux de quelques pays, les systèmes de santé ont peu développé les services destinés à ce groupe d'âge. De plus, l'organisation actuelle des services ne facilite en rien la prise en considération de cette réalité épidémiologique, puisque les services destinés aux jeunes prennent fin lorsque ces derniers atteignent l'âge de 18 ans. Cette rupture arbitraire fondée sur l'atteinte de la majorité cadre peu avec la réalité sociale et celle du développement neurologique des jeunes. L'âge chronologique et le stade de développement ne correspondent pas nécessairement. Certains jeunes adultes peuvent avoir besoin d'un encadrement serré et de proximité dans leurs milieux de vie alors que d'autres font preuve plus tôt d'une grande autonomie.

150 Cette mesure concerne le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, ainsi qu'il est défini dans les orientations ministérielles des services Jeunes en difficultés. Ce programme ne doit pas être confondu avec le suivi intensif dans le milieu (SIM), lequel est destiné au suivi dans la communauté de personnes atteintes d'un trouble mental grave, qui fait également l'objet d'une mesure dans le présent plan d'action.

151 R.C. KESSLER, *National Comorbidity Survey: Adolescent Supplement (NCS-A), 2001-2004*, Ann Arbor (Michigan), Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2013.

152 C. MUNSEY, «Emerging adults: The in-between age», *American Psychological Association*, vol. 37, n°6, juin 2006, accessible en ligne : <http://www.apa.org/monitor/jun06/emerging.aspx> (consulté le 14 avril 2015).

153 S. MARTEL et C. STEENSMA, *Les années de vie corrigées de l'incapacité: un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2012, p. 17.

À l'atteinte de leur majorité, de nombreux jeunes se retrouvent sans suivi en raison de contraintes d'accès aux services destinés aux adultes, ou cessent de fréquenter les services de santé mentale. Cette rupture de services peut être lourde de conséquences, particulièrement pour les jeunes qui reçoivent des services dans le cadre de la LPJ. Sans réseau familial ou social, ces jeunes sont notamment à risque d'itinérance.

Ainsi que le montrent les études, un soutien au moment de la transition des services destinés aux jeunes vers ceux destinés aux adultes est pertinent, surtout s'il favorise la concertation de toutes les disciplines concernées en vue de la planification de cette transition^{154, 155}. Qu'ils soient offerts en milieu scolaire, communautaire, hospitalier ou dans un programme du centre intégré offrant des services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation, les services en santé mentale doivent être intégrés afin que les jeunes et leur entourage bénéficient, tant que cela s'avère nécessaire, d'interventions adaptées qui répondent à leurs besoins. À cette fin, certaines régions ont élaboré des pratiques facilitant l'harmonisation de la transition et permettant de réduire les ruptures de services.

MESURE 12¹⁵⁶

Afin de soutenir les jeunes dans la transition vers l'âge adulte, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale assurera une continuité de service en adaptant l'offre aux besoins et aux étapes de vie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, et ce, peu importe leur âge.

MESURE 13

Afin de favoriser le déploiement et le maintien de bonnes pratiques en matière de services destinés aux jeunes, notamment en matière d'adaptation au développement et aux étapes de vie, le MSSS élaborera et diffusera, des orientations ministérielles portant sur les services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes en transition vers l'âge adulte.

MESURE 14

Afin d'intensifier la détection et l'intervention précoce auprès des jeunes qui présentent des problèmes pouvant être associés à l'itinérance et d'assurer une transition fluide de ces jeunes vers les services destinés aux adultes, le MSSS rappelle les engagements énoncés au Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 :

- les centres intégrés s'assureront d'augmenter la détection des jeunes à risque de dépendance dans les lieux qu'ils fréquentent et offriront une intervention appropriée.
-

154 CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, «Des transitions efficaces au sein des services de santé mentale et de toxicomanie pour les enfants et les adolescents: protocole, parcours et partenariats», *Sommaire de données probantes du SISC*, n° 1, 2014, 4 p., accessible en ligne: http://eenet.ca/wp-content/uploads/2014/07/Transitions-in-template_FRENCH.pdf.

155 CENTRE D'EXCELLENCE DE L'ONTARIO EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, *Parvenir à maturité – Aider les jeunes à passer des services de santé mentale pour enfant et adolescents à ceux pour adultes*, mai 2011, p. 2, accessible en ligne: http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/policy_parvenir_a_maturite_sommaire.pdf (consulté le 18 août 2014).

156 Cette mesure correspond à la mesure 3.3 du Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020.

Dans une perspective plus large, le MSSS demande au réseau de la santé et des services sociaux et à ses partenaires de repenser l'offre, l'organisation et la prestation des services. Afin de répondre adéquatement aux besoins des jeunes et de créer des liens avec ceux qui ne sont pas suivis dans le réseau de la santé et des services sociaux et qui pourraient bénéficier de services, le réseau aurait avantage à s'inspirer de modèles et de pratiques innovantes élaborés dans notre province, ailleurs au Canada et dans d'autres pays.

À cette fin, la recherche transformationnelle pour les adolescents atteints de maladie mentale semble être une avenue prometteuse. Globalement, la recherche transformationnelle vise une reconstruction de la façon d'aborder la santé mentale et le bien-être des adolescents et des jeunes, afin de combler l'écart entre les données issues de la recherche et les pratiques, l'objectif ultime étant que ceux-ci et leur entourage bénéficient d'interventions efficaces dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation¹⁵⁷.

Le MSSS considère également le modèle australien Headspace comme une source d'inspiration intéressante. Ce modèle se traduit par des lieux destinés aux jeunes de 12 à 25 ans, où ceux-ci peuvent trouver des services, du soutien et de l'accompagnement en matière de santé physique, de santé mentale, de consommation d'alcool et de drogue ou de toxicomanie, d'étude et d'emploi¹⁵⁸. Des expériences québécoises des secteurs publics et communautaires montrent également l'avantage d'une intégration des services destinés aux jeunes dans leur milieu de vie.

MESURE 15

Afin que soient élaborées une organisation et une offre de service adaptées à la réalité des jeunes, dont ceux qui sont difficiles à joindre ou éloignés des services, le MSSS soutiendra la recherche et le déploiement de pratiques innovantes à cet égard. À cette fin, le MSSS prend les engagements suivants :

1. Soutenir, jusqu'en 2021, la création d'un réseau thématique en santé mentale concernant les enfants et les adolescents, découlant d'un partenariat entre le Fonds de recherche du Québec – Santé, la Fondation Graham Boeckh, le MSSS. Ce réseau travaillera sur le développement de la recherche transformationnelle, en misant notamment sur les nouvelles technologies.
2. Soutenir l'implantation, en collaboration avec les ressources des milieux, d'initiatives de prestations de soins intégrés dans la communauté pour des jeunes de 12 à 25 ans.

5.3 OFFRIR DES SERVICES ADÉQUATS AUX JEUNES ATTEINTS D'UN TROUBLE MENTAL QUI REÇOIVENT DES SERVICES DANS LE CADRE DE LA LPJ

Les centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille veillent à la sécurité des enfants placés sous leur responsabilité, notamment en soutenant les parents dans l'amélioration de leurs compétences et dans l'exercice de leur rôle parental. La clientèle jeunesse en besoin de protection et de réadaptation est composée d'enfants et d'adolescents victimes de négligence, de mauvais traitements ou d'abandon.

157 FONDATION GRAHAM-BOECKH et INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA, *Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents*, 2013, p. 2, accessible en ligne : http://tramcan.ca/sites/tramcan.ca/files/uploads/articles/2013/tram_phase_i_rfp_with_summary_-_jan_31-13_-_français_1_0.pdf.

158 NATIONAL YOUTH MENTAL HEALTH FOUNDATION, *About headspace* (en ligne), Australie, 2014, <http://www.headspace.org.au/about-headspace/what-we-do/what-we-do> (consulté le 26 novembre 2014).

Ces jeunes sont particulièrement vulnérables et plusieurs présentent des difficultés comportementales. Une proportion importante des jeunes hébergés en centre intégré offrant des services de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation présente un diagnostic ou une impression diagnostique de trouble mental¹⁵⁹. Depuis la diffusion du PASM 2005-2010, des équipes-conseils multidisciplinaires ayant une expertise en santé mentale (équipe de deuxième niveau) ont été implantées dans les CJ de l'époque. Leur mandat est de soutenir les intervenants cliniques en contact avec les jeunes (intervenants de premier niveau) en répondant à leurs demandes de consultation relatives à un trouble mental ou à un risque suicidaire. Bien que tous les centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation pour les jeunes se soient dotés d'équipes de deuxième niveau, celles-ci sont parfois incomplètes.

De plus, des travaux sont toujours en cours afin de mettre en œuvre les recommandations du comité de travail portant notamment sur la mise à jour du *Protocole d'intervention en situation problématique suicidaire dans les centres jeunesse* et l'acquisition par le personnel de compétences relatives aux meilleures pratiques de réadaptation concernant cette clientèle.

Parmi les principaux défis qui se posaient aux CJ de l'époque concernant la réponse aux besoins des jeunes et de leurs parents relativement à la santé mentale, l'Association des centres jeunesse du Québec faisait mention des difficultés d'accès à un suivi et à des soins médicaux en temps opportun, ce qui constituait un obstacle à la systématisation du dépistage chez les jeunes sous leur responsabilité.

MESURE 16

Afin de favoriser le développement optimal, le suivi adéquat et la réadaptation des jeunes bénéficiant des services de protection et de réadaptation des centres intégrés de même que le dépistage de trouble mental et la détection de risque suicidaire chez ces jeunes, chaque établissement offrant des services de réadaptation aux jeunes en difficulté :

1. s'assurera, dès l'admission ou l'inscription aux services de réadaptation, de procéder à une évaluation de l'état de santé de l'enfant par une infirmière et, au besoin, de le référer rapidement vers un médecin;
 2. s'assurera de l'application systématique du protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque de suicide, au besoin;
 3. complètera les équipes de deuxième niveau spécialisées en santé mentale et en prévention du suicide.
-

5.4 INTERVENIR DE FAÇON PRÉCOCE ET ADAPTÉE AUPRÈS DES JEUNES QUI VIVENT UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

La psychose induit une perte de contact avec la réalité, entraîne une perturbation de la perception, des hallucinations, le délire, l'adhésion à des croyances irrationnelles ou la désorganisation de la pensée. Les personnes le plus à risque de vivre une psychose sont les jeunes hommes de 15 à 30 ans et les jeunes femmes de 18 à 35 ans. On estime que de 4 % à 5 % des jeunes vivront un épisode psychotique au cours de leur vie¹⁶⁰.

159 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre les problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec – Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*, Gouvernement du Québec, 2007, p. 14, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000987/>.

160 INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS, *Psychoses : causes, symptômes et traitements* (en ligne), dernière mise à jour le 26 juillet 2013, <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose> (consulté le 10 octobre 2013).

La schizophrénie est le diagnostic le plus courant associé à la présence de troubles psychotiques à long terme. Bien qu'elle n'affecte qu'environ 0,6 % de la population canadienne au cours d'une année¹⁶¹, elle est la maladie mentale la plus coûteuse par personne pour la société, tant sur le plan des coûts directs que sur le plan des coûts indirects. L'ampleur du fardeau économique de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques se conçoit aisément du fait que ces maladies sont associées à une augmentation du taux de suicide, à la toxicomanie, à la victimisation, au non-emploi et à la criminalité.

Les premières années d'un épisode psychotique sont déterminantes sur le plan des dommages cognitifs, des problèmes sociaux et des démêlés avec la justice. Une psychose qui n'est pas traitée entraîne l'accroissement des risques de surconsommation d'alcool ou de drogues, de détresse familiale, de dépression et de suicide. En effet, 10 % des personnes atteintes de psychose mettent fin à leurs jours et les deux tiers de ces décès surviennent au cours des 5 années qui suivent le déclenchement du premier épisode¹⁶².

Malheureusement, les troubles psychotiques peuvent être ignorés pendant des mois et même des années. Le retard dans l'obtention d'un traitement est souvent attribuable à une méconnaissance des signes et des symptômes, à la résistance de la personne à consulter ou à l'absence de services thérapeutiques¹⁶³. La détection et l'intervention précoces auprès des jeunes concernent les membres de la famille, mais aussi les médecins de famille, le personnel scolaire ainsi que les autres intervenants du milieu scolaire ou ceux qui côtoient les jeunes dans leurs milieux de vie. À ce sujet, différents outils ont été mis au point, dont le *refer-O-scope*, issu d'un travail de collaboration entre des experts, des professionnels et des organismes qui représentent des personnes atteintes de maladie mentale et des membres de leur entourage, des établissements et des intervenants¹⁶⁴.

Selon certaines études, l'implantation de programmes relatifs aux premiers épisodes psychotiques (PPEP) permettrait la réduction des hospitalisations à un point tel que le coût net pour le réseau serait inchangé ou même inférieur¹⁶⁵, sans compter le gain de revenus occasionné par le maintien des activités scolaires ou professionnelles ou un retour à ces activités. Comme ceux d'une équipe de SIM, les intervenants d'un PPEP travaillent dans le milieu de vie des personnes, notamment afin d'assurer le maintien d'un lien et de prévenir la désaffiliation des services et de la communauté. Dans une optique de réadaptation, un fort accent est mis sur les interventions psychosociales, dont les interventions familiales. L'intervention dans le contexte d'un PPEP est individualisée et modulée en fonction du stade de la psychose¹⁶⁶.

Étant donné l'impact de la psychose sur la vie des personnes atteintes et des membres de leur entourage de même que sur la société, il semble qu'à l'exemple de ce qui est fait dans d'autres systèmes de santé, l'accent doit davantage être mis sur la détection précoce¹⁶⁷ et l'orientation des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique vers les ressources appropriées.

161 P. SMETANIN et autres, *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*, Toronto, RiskAnalytica, pour la Commission de la Santé mentale du Canada, 2011, p. 102, accessible en ligne : https://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0.pdf.

162 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, *Normes du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario, mars 2011, p. 6, accessible en ligne : http://www.health.gov.on.ca/french/providers/pubf/mentalf/epi_program_standardsf.pdf.

163 *Ibid.*

164 SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, *Refer-o-scope - L'outil pour observer et agir avant la psychose*, (en ligne), <https://www.refer-o-scope.com/accueil> (consulté le 26 novembre 2014).

165 M.P. MCCRONE et autres, «Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis», *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, n° 5, 2010, p. 377-382.

166 P.D. MCGORRY, E. KILLACKEY et A. YUNG, «Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions», *World Psychiatry*, vol. 7, n° 3, 2008, p. 148-156.

167 La recherche démontre également la pertinence de la détection précoce pour d'autres pathologies. Le MSSS travaillera à la détection précoce d'autres troubles mentaux au cours des années à venir.

MESURE 17

Afin d'intervenir adéquatement et de façon précoce auprès des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique, de maximiser leurs chances de rétablissement, de les soutenir tout au long de ce processus et d'assurer un soutien aux membres de leur entourage :

1. le MSSS soutiendra l'élaboration et la diffusion de standards fondés sur les bonnes pratiques, dont celles fondées sur des données probantes, encadrant la composition des équipes et la prestation de services spécifiques destinés à ces jeunes;
 2. chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale rendra accessibles des services spécifiques destinés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique, en respectant les standards soutenus par les données probantes.
-

6/ FAVORISER DES PRATIQUES CLINIQUES ET DE GESTION QUI AMÉLIORENT L'EXPÉRIENCE DE SOINS

Le PASM 2005-2010 a permis la mise en place de services spécifiques de première ligne en santé mentale tout en clarifiant la hiérarchisation des services, le but étant d'améliorer l'accès à ceux-ci et de favoriser l'utilisation judicieuse des ressources. Les CSSS ont mis en place des équipes de santé mentale de première ligne à l'intention des jeunes et des adultes, qui comprennent notamment la fonction de GASM en plus de mettre en place les services de soutien dans la communauté.

Dans son PASM 2015-2020, le MSSS vise une organisation de services efficiente et performante qui répond en temps opportun aux besoins de services relatifs à la santé mentale. À cette fin, il est impératif de s'assurer qu'en collaboration avec les partenaires des secteurs public, privé et communautaire, une diversité de soins et de services soient accessibles et prodigués dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

De plus, conformément à la recommandation formulée par le CSBE¹⁶⁸ concernant un accès équitable aux services de psychothérapie pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui les requièrent, le MSSS suit présentement les travaux effectués par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) sur les différents modèles permettant d'améliorer l'accès à ces services et les modalités de financement à mettre en œuvre à cette fin. À la lumière des résultats obtenus par les travaux en cours, le MSSS sera en mesure de déterminer les avenues les plus adéquates à adopter au Québec.

Le présent chapitre décrit différentes mesures qui soutiennent les acteurs concernés par les services de santé mentale, mais aussi ceux d'autres secteurs, où les personnes ayant des besoins relatifs à la santé mentale pourront recevoir les services appropriés et adaptés à leur situation particulière.

168 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 192 p., accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

6.1 SOUTENIR LE PARTENARIAT ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Le MSSS entend favoriser le travail de collaboration ainsi que la transmission de connaissances et de compétences entre les intervenants et les partenaires.

À cette fin, le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur le soutien des instituts universitaires en santé mentale (IUSM) dans l'amélioration des services, l'acquisition de nouvelles connaissances et l'implantation de nouveaux modèles de soins. De plus, les IUSM contribuent à démystifier la maladie mentale auprès de la population par leurs interventions sur la place publique.

Les mesures qui suivent portent sur la continuité des soins et des services en santé mentale et sur le soutien aux intervenants impliqués dans le secteur de la santé mentale, dont les médecins de famille.

6.1.1 RENFORCER LA CONTINUITÉ DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

6.1.1.1 Des pratiques qui favorisent la continuité des services

La continuité des soins et des services implique un continuum dans lequel les ressources disponibles et les dispensateurs sont considérés comme plusieurs composantes d'un seul réseau de soins et de services intégrés, où chacune interagit afin de composer une trajectoire cohérente du point de vue de l'expérience de la personne utilisatrice de services¹⁶⁹.

Au moins trois types de continuité s'appliquent aux soins et aux services de santé : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité en matière d'approche¹⁷⁰. Des services continus dans le secteur de la santé mentale favorisent aussi le maintien des relations sociales et personnelles de la personne utilisatrice de services dans la communauté, tout en entraînant une amélioration de sa qualité de vie¹⁷¹.

En vertu du rôle de coordination et de concertation dévolu aux centres intégrés dans la LSSSS, le MSSS s'attend à ce que ces derniers assurent la concertation entre les différents partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau public et communautaire. Si nécessaire, des mécanismes efficaces et continus de communication et de coordination ainsi que des conditions propices au développement d'une confiance mutuelle doivent être instaurés.

MESURE 18

Afin de faciliter une vision d'ensemble du continuum de services tout en assurant une prise en compte des défis rencontrés dans le secteur de la santé mentale par sa haute direction, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale désignera et soutiendra un cadre supérieur responsable et imputable des résultats cliniques et organisationnels de l'ensemble du continuum de soins et de services destinés aux personnes ayant des besoins en matière de santé mentale.

169 Voir annexe II.

170 FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002, p. 1, accessible en ligne : http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf.

171 G. FREEMAN et autres, *Promoting Continuity of Care for People with Severe Mental Illness whose Needs Span Primary, Secondary and Social Care: A Multi-method Investigation of Relevant Mechanisms and Contexts*, Londres, National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation, 2002, p. 91.

MESURE 19

Afin de favoriser la continuité des services, de s'assurer que les interventions sont adéquates et d'améliorer l'accessibilité des services :

- chaque centre intégré mettra en place et animera des mécanismes de concertation territoriale entre les différents partenaires du réseau public et communautaire, tant du secteur de la santé que des autres secteurs.
-

MESURE 20

Afin de favoriser l'instauration d'une culture de collaboration entre les établissements, de compléter la hiérarchisation des services et ainsi d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, le MSSS créera une table réseau universitaire intégré en santé (RUIS) sectorielle en santé mentale, qui aura notamment pour responsabilité :

- de proposer une organisation des services de deuxième et de troisième ligne en santé mentale.
-

6.1.1.2 *La gestion intégrée du continuum de soins et de services en santé mentale*

Le PASM 2005-2010 a permis l'implantation de services spécifiques de première ligne en santé mentale, dans un continuum hiérarchisé de services. La réponse aux besoins et les résultats cliniques qui y sont associés ne sont pas sous la seule responsabilité des services spécifiques en santé mentale : les services généraux, ainsi que les autres services spécifiques ou intersectoriels collaborent afin d'offrir aux personnes atteintes d'une maladie mentale une gamme complète de services en fonction des besoins de ces personnes. L'organisation des services doit donc s'inscrire en accord avec cette responsabilité partagée. La performance du continuum de soins et de services doit être évaluée au regard de la contribution et des résultats cliniques et attendus de l'ensemble des acteurs impliqués.

Pour être optimale, l'organisation des services nécessite que la demande et les besoins de la personne soient analysés. Les services sociaux généraux, par l'entremise du service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) dans les centres intégrés, sont mandatés à cette fin.

L'AAOR constitue la porte d'entrée principale du centre intégré en ce qui a trait aux demandes de service de nature sociale ou psychologique¹⁷². Ce service fait généralement suite à une demande présentée directement par la personne concernée ou par un membre de son entourage, ou encore à une référence d'un autre service du centre intégré, d'un autre établissement ou d'une ressource du milieu, dont le médecin de famille. Les intervenants de ce service disposent de l'expertise requise, des outils appropriés et d'une vision d'ensemble des services offerts dans l'établissement et des ressources communautaires du territoire, permettant de diriger la personne vers les services appropriés en respectant la hiérarchisation des services¹⁷³. Ainsi, lorsque la situation l'exige, les intervenants du service de l'AAOR orientent la personne vers les services de santé mentale. Le

172 Le service d'AAOR est offert avec ou sans rendez-vous de jour et de soir en semaine et à certaines heures la fin de semaine. Il est accessible 70 heures par semaine par des rencontres en personne ainsi que 70 heures par semaine par téléphone.

173 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Gouvernement du Québec, 2013, p. 20, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.

PASM 2005-2010 a introduit la fonction de GASM¹⁷⁴ dans les équipes de première ligne en santé mentale. Cette fonction structurante et fondamentale vise à garantir l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale par une hiérarchisation adéquate de l'ensemble de ces services, y compris les services spécialisés.

MESURE 21

Afin d'assurer une gestion intégrée de l'accès aux soins et aux services en santé mentale, chaque centre intégré :

1. intégrera, à même la fonction du GASM, les procédures d'orientation et d'accès aux services spécialisés, dont la prise de rendez-vous pour une consultation auprès d'un psychiatre;
2. rendra les gestionnaires des services spécifiques et des services spécialisés de santé mentale conjointement responsables de rendre compte de l'atteinte des résultats au regard de l'accès aux services dans l'ensemble du continuum de soins et de services en santé mentale.

Le Québec reconnaît aux communautés Premières Nations non conventionnées l'autonomie et la responsabilité de mettre en place leurs propres services de santé et de services sociaux selon les conditions et les objectifs qui leur conviennent. Les établissements du réseau ont la responsabilité d'offrir, à la clientèle autochtone qui s'y présente, les mêmes services qu'ils offrent à l'ensemble des Québécois, qu'il s'agisse de services de première ligne ou de services spécialisés de deuxième et de troisième ligne. De plus, le Québec se reconnaît une responsabilité en matière de continuité et de complémentarité des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux avec ceux des communautés Premières Nations non conventionnées. Il le fait, notamment, en s'assurant de l'existence de mécanismes d'orientation appropriés, lorsque des membres de ces communautés reçoivent des services dans les établissements du réseau québécois, ainsi qu'en facilitant le transfert de compétences et de connaissances afin de répondre aux besoins exprimés par ces communautés.

MESURE 22

Afin de permettre aux communautés Premières Nations non conventionnées d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale et en dépendance tout en clarifiant les trajectoires de services et aussi de leur permettre une meilleure coordination entre les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et ceux offerts dans leurs communautés, le MSSS :

- ▶ s'engage à poursuivre, en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), l'implantation des ententes de collaboration en santé mentale et en dépendance entre les établissements et les communautés non conventionnées. Plus précisément, ces ententes visent à :
 - a. collaborer à instaurer de meilleurs mécanismes de référence et de liaison entre les services du réseau québécois et les services des communautés;
 - b. rendre les formations du réseau québécois plus accessibles aux intervenants des communautés (transfert de connaissances et développement des compétences).

¹⁷⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*, Gouvernement du Québec, 2008, p. 8, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000890/>.

6.1.2 SOUTENIR LES MÉDECINS DE FAMILLE ET LES PÉDIATRES

Les médecins de famille sont les professionnels de la santé qui sont le plus souvent consultés pour des besoins relatifs à la santé mentale¹⁷⁵. Malgré la fréquence des consultations relatives à ce secteur d'intervention, le suivi des personnes atteintes de troubles mentaux par les médecins de famille n'est pas optimal : plusieurs obstacles, dont le maintien d'une pratique en solo, la méconnaissance des ressources (mission CLSC des centres intégrés, mission et expertise des organismes communautaires et des ressources alternatives, etc.) et le manque de soutien aux médecins de famille sont encore présents¹⁷⁶. De nombreux médecins de famille se sentent compétents pour assurer le suivi de personnes atteintes d'un trouble mental modéré, mais peu outillés pour intervenir auprès de personnes qui présentent un trouble mental grave¹⁷⁷. Ce constat réaffirme l'importance de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP), tout en réitérant l'importance de la formation initiale et continue auprès des médecins concernant les bonnes pratiques relatives au secteur de la santé mentale et de la prévention du suicide.

De plus, bien que de nombreux enfants et jeunes soient suivis par un médecin de famille, certains bénéficient d'un suivi pédiatrique. L'évaluation et le suivi médical relatif à la santé mentale font partie de la pratique courante des pédiatres, que ce soit en matière d'interventions auprès d'un enfant qui présente plusieurs facteurs de risque ou en matière de soins à apporter à un jeune atteint d'un trouble mental. Dans le souci de favoriser une réponse adéquate aux besoins des enfants et des jeunes, les pédiatres doivent également bénéficier d'un soutien concernant leurs pratiques en santé mentale.

Étant donné l'expertise des équipes de santé mentale de première ligne et la nécessité d'instaurer et de maintenir, dans chaque territoire, les fondements d'une confiance mutuelle entre les médecins et les centres intégrés, le MSSS est d'avis qu'une concertation soutenue et structurée entre les partenaires à l'échelle locale constitue un levier puissant de l'accessibilité des services, de la création d'alliances, de la fluidité et de la continuité des services. À ce sujet, précisons que le Code de déontologie des médecins fait état de l'obligation de collaborer avec les autres professionnels de la santé et les autres personnes habilitées à dispenser des soins de santé à un patient¹⁷⁸.

MESURE 23

Afin de soutenir les médecins de famille et les pédiatres dans leur pratique auprès des personnes qui présentent un trouble mental, chaque centre intégré :

1. offrira un soutien clinique aux médecins et aux pédiatres, concernant notamment :
 - a. les interventions à favoriser relativement aux troubles mentaux et à leurs manifestations,
 - b. les services offerts, les mécanismes de référence et d'accès et les adaptations possibles du continuum de soins et de services à leur pratique.
2. établira des mécanismes de référence et d'accès adaptés aux besoins de la pratique de la médecine de famille et en assurera la diffusion;
3. définira des procédures systématiques et standardisées de suivi de dossier et de collaboration auprès des médecins de famille et des autres médecins traitants.

175 A. LESAGE et autres, *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada – Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Rapport rédigé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2006, p. i, accessible en ligne : http://www.iusmm.ca/documents/pdf/hopital/publications/prevalence_maladie_mentale.pdf.

176 M.J. FLEURY et autres, «La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec», *Le médecin de famille canadien*, vol. 58, 2012, p. 728, accessible en ligne : <http://www.cfp.ca/content/58/12/e725.full.pdf>.

177 Loc. cit.

178 Code de déontologie des médecins, chapitre M-9, section X, article 112.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2002.

6.1.3 SOUTENIR LES PARTENAIRES INTERNES OU EXTERNES DES ÉTABLISSEMENTS

6.1.3.1 *Le déploiement de la fonction de professionnel répondant en santé mentale*

Comme tout citoyen, une personne atteinte de maladie mentale peut avoir plusieurs besoins de santé qui l'amènent à recourir à différents services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Comme les troubles mentaux affectent une proportion importante de la population, tous les intervenants y sont confrontés dans leur pratique et peuvent avoir besoin de soutien à cet effet. Plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que des établissements ou des intervenants soient réticents à faire le suivi de personnes atteintes d'un trouble mental, surtout lorsqu'il s'agit d'un trouble mental grave. Bien que ces réticences puissent être renforcées par des préjugés au sujet de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes, elles sont habituellement fondées sur un manque d'expérience, sur un sentiment d'incompétence de la part de l'intervenant ou sur la crainte de l'intervenant d'être peu soutenu dans sa pratique. Cette situation a des répercussions négatives sur la personne qui demande des services, mais aussi sur l'intégration, la performance des services et la capacité générale du système de santé et de services sociaux à desservir adéquatement la population.

Le professionnel répondant en santé mentale (PRSM) détient une expertise dans ce domaine et travaille dans un établissement qui donne des soins et des services en santé mentale. Sa fonction est de soutenir les partenaires internes et externes de son établissement dans les situations cliniques particulières ou complexes en santé mentale. Afin de répondre aux besoins exprimés du partenaire, ce soutien peut prendre différentes formes : étude de situations cliniques, cours théoriques, participation régulière aux réunions cliniques, etc. Les activités du PRSM sont encadrées par des ententes de services et ne remettent aucunement en cause la collaboration et le soutien clinique entre les équipes et les intervenants en dehors de ces ententes.

Dans le but notamment de favoriser la concertation clinique, le PASM 2015-2020 propose le déploiement de la fonction de PRSM. Cette fonction vise notamment :

- une réponse intégrée et adéquate aux besoins des personnes utilisatrices de services, dont celles atteintes de troubles concomitants;
- la mise à profit de l'expertise de professionnels en santé mentale et le transfert bilatéral de compétences bénéfique aux deux parties;
- le soutien au développement des compétences des intervenants;
- le développement d'une culture, d'approches et d'un langage communs entre les intervenants des différents secteurs;
- la diminution des listes d'attente et des références vers les services spécialisés;
- le désencombrement des services des urgences.

En vertu de la responsabilité populationnelle qui incombe aux centres intégrés et à leurs partenaires, ceux-ci doivent accorder une attention particulière à la réponse aux besoins spécifiques de la population desservie du territoire.

La complexité des besoins de certains groupes de population peut rendre le soutien du PRSM particulièrement pertinent. Pensons notamment aux services (publics ou communautaires) destinés aux enfants et aux familles qui présentent plusieurs facteurs de risque à la fois, aux jeunes en difficulté, aux personnes âgées et à celles qui présentent des troubles concomitants associés à une dépendance ou à une déficience. Ainsi, les défis rencontrés dans la pratique, la fréquence de certaines réalités de même que le contexte démographique peuvent amener les centres intégrés à considérer certains secteurs d'intervention comme

prioritaires pour l'élaboration d'ententes entre un PRSM et un partenaire du réseau public ou communautaire.

MESURE 24

Afin d'accroître le soutien à la pratique des intervenants de différents programmes, milieux de soins et partenaires et d'assurer aux personnes utilisatrices de services une réponse intégrée et adaptée à leurs besoins :

1. Le MSSS rédigera et diffusera un document de référence encadrant la fonction de PRSM 2015-2020;
 2. Chaque centre intégré offrant des soins et des services en santé mentale :
 - a. tracera le portrait des besoins exprimés par ses partenaires internes et externes,
 - b. élaborera des ententes de service encadrant les activités de PRSM dans divers programmes, milieux de soins ou partenaires de l'établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale,
 - c. déploiera la fonction de PRSM en fonction des besoins déterminés.
 3. Chaque centre intégré offrant des services de PRSM destinés à l'ensemble de leurs partenaires et dont une partie de la population vit dans une communauté Premières Nations non conventionnée devra soutenir et accompagner les équipes professionnelles qui travaillent dans ces communautés.
-

6.1.3.2 *Le déploiement de la fonction de médecin spécialiste répondant en psychiatrie*

La fonction de MSRP a été introduite afin de favoriser les soins de collaboration et de soutenir les intervenants de première ligne dans le suivi des personnes atteintes d'un trouble mental.

Le MSRP est un psychiatre qui exerce dans un établissement qui offre des soins et des services en santé mentale. Sa fonction est de soutenir les équipes de santé mentale, les groupes de médecine de famille (GMF) et les équipes des centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté et à leur famille dans les situations cliniques particulières ou complexes en psychiatrie. En réponse aux besoins exprimés du partenaire, ce soutien peut prendre différentes formes : étude de situations cliniques, activités cliniques à visée didactique, cours théoriques, participations régulières aux réunions cliniques, etc.

Grâce au présent PASM 2015-2020, le MSSS souhaite mettre cette fonction à profit dans toutes les régions du Québec.

MESURE 25

Afin d'accroître le soutien à la pratique des intervenants de première ligne dans les centres intégrés ou en médecine de famille et d'assurer ainsi aux personnes utilisatrices de services un suivi adéquat et une réponse adaptée à leurs besoins :

1. chaque centre intégré offrant des soins et services en santé mentale :
 - a. tracera le portrait des besoins exprimés par ses partenaires internes et externes,
 - b. élaborera des ententes de service encadrant les activités de MSRP auprès des équipes de santé mentale de première ligne des centres intégrés, des GMF et des équipes des centres intégrés offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille,
 - c. déploiera la fonction de MSRP en fonction des besoins déterminés.

2. Le MSSS discutera avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec de la possibilité d'un élargissement de l'entente du MSRP afin de lui permettre de soutenir, à leur demande, les équipes professionnelles desservant une communauté Premières Nations non conventionnée.

6.1.4 SOUTENIR LES ÉTABLISSEMENTS: LE CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE

Le soutien aux établissements peut être réalisé de différentes façons, dont le réseautage d'établissements, de cliniciens et de chercheurs visant l'élaboration, la diffusion et le maintien des bonnes pratiques.

À cette fin, le MSSS a mis en place en 2008 le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), qui s'est d'abord spécialisé en SIM afin de rehausser l'expertise des équipes et la conformité au modèle promu et soutenu par des données probantes. D'autres types d'intervention ont graduellement été déployés, soit le SIV et les services de santé mentale de première ligne destinés aux adultes.

Le soutien et l'appréciation des pratiques cliniques apportés par le CNESM participent grandement à l'adoption des bonnes pratiques et à l'efficacité de l'offre de services en santé mentale au Québec¹⁷⁹. Afin d'assurer un soutien aux établissements qui cadre avec les orientations ministérielles en matière d'organisation et de prestation des services en santé mentale, le CNESM portera son regard sur l'ensemble du continuum des services en santé mentale, en plus de demeurer la référence en ce qui a trait à la promotion de standards de qualité de même qu'à l'encadrement clinique et organisationnel. À cette fin, il bénéficie de la mission (soins, enseignement, recherche, évaluation, implantation de nouvelles technologies et de nouveaux modes de pratique) et de la collaboration des IUSM (dont celle du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal), de l'INSPQ et de l'INESSS.

MESURE 26

Afin de soutenir les établissements dans le déploiement et le maintien d'une offre de service de qualité appuyée sur les bonnes pratiques, notamment celles fondées sur les données probantes, et de favoriser le maintien d'un continuum de services intégrés, le MSSS:

- étendra le mandat du CNESM à l'ensemble du continuum de soins et de services en santé mentale, tant à l'intention des enfants et des jeunes qu'à l'intention des adultes.

6.2 PROMOUVOIR ET SOUTENIR LES BONNES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SUPERVISION CLINIQUE

La supervision clinique¹⁸⁰ est une stratégie de maintien des compétences qui devrait s'actualiser dans tout milieu professionnel, particulièrement lorsque surviennent des changements organisationnels majeurs. Il s'agit de la révision périodique avec

179 A. DELORME et M. Gilbert, «Que serait une œuvre sans son cadre?», *Santé mentale au Québec*, vol. 39, n° 1, printemps 2014, p. 47-60.

180 La supervision clinique, ainsi qu'elle est décrite dans le présent PASM de même que dans les Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte des équipes de santé mentale de première ligne en CSSS diffère du soutien professionnel, lequel relève de la responsabilité des ordres professionnels. La supervision clinique dont il est ici question est directement liée à la mission et à l'offre de service.

les professionnels de l'équipe, en individuel ou en groupe, de situations cliniques afin d'atteindre les objectifs suivants¹⁸¹:

- Éviter la gestion en solo de problèmes cliniques complexes;
- Aider à la prise de décision;
- Optimiser le traitement par des évaluations périodiques au bénéfice des personnes utilisatrices de services;
- Favoriser le développement professionnel continu par la transmission des connaissances et de compétences de part et d'autre;
- Améliorer l'accès aux soins et aux services;
- Prévenir l'épuisement professionnel.

La supervision clinique permet le développement et le maintien de bonnes pratiques cliniques chez les intervenants, favorise un gain de confiance professionnelle de même qu'une prestation de services dont la durée et l'intensité sont adaptées aux besoins de la personne utilisatrice de services. Par le fait même, elle participe à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des interventions ainsi qu'à l'utilisation optimale des ressources disponibles. Ainsi, la supervision clinique a un impact positif sur l'amélioration de la performance et l'accessibilité des services¹⁸².

À cette fin, le présent PASM réintroduit la fonction de supervision clinique. Par cette mesure, le MSSS vise l'amélioration continue de la qualité des services en santé mentale, notamment par une plus grande stabilité du personnel.

MESURE 27

Afin de favoriser le maintien d'une culture d'amélioration continue de la qualité des services, d'améliorer l'expérience de soins des personnes utilisatrices de services en santé mentale, tout en favorisant la rétention des intervenants, le déploiement et le maintien des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles, chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale s'assurera d'offrir des mesures de supervision clinique aux intervenants en santé mentale.

6.3 CONSOLIDER LES MESURES INSCRITES DANS LE PASM 2005-2010

Le PASM 2005-2010 a permis des gains importants, bien que son implantation ne soit pas complète. Plusieurs des actions qui y sont inscrites doivent être consolidées^{183, 184}. Dans le PASM 2015-2020, le MSSS réitère l'importance d'achever les travaux menant à l'atteinte des cibles inscrites dans le PASM 2005-2010. Ainsi, la présente partie reprend certaines des mesures qui y sont énoncées afin d'en assurer la mise en œuvre.

181 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2011, p. 27, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

182 A. DELORME et M. Gilbert, *op. cit.*

183 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 139, accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

184 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 67, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

6.3.1 LE SOUTIEN FINANCIER AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le MSSS réitère l'importance de soutenir adéquatement les organismes communautaires dont l'expertise est essentielle à la mise en place et au maintien d'une offre de service de qualité, diversifiée et adaptée aux besoins et aux préférences de la population. Ainsi, comme il est mentionné dans le PASM 2005-2010, le financement des organismes communautaires devrait se faire à la hauteur d'au moins 10 % de l'enveloppe des dépenses en santé mentale dans toutes les régions du Québec.

6.3.2 LES SERVICES D'INTERVENTION DE CRISE

Ainsi qu'il en est fait mention dans l'Offre de services sociaux généraux¹⁸⁵, par ces services offerts à l'ensemble de la population, les centres intégrés ont la responsabilité de répondre à toute personne qui éprouve un problème social ou psychologique – ou ayant des questions à cet égard – qui s'adresse, pour cette raison, aux centres intégrés. Les personnes qui présentent un problème, généralement ponctuel ou de courte durée pouvant être de nature aiguë et réversible, de même que les personnes sinistrées en contexte de sécurité civile, en constituent les principales clientèles¹⁸⁶.

Les Services sociaux généraux sont responsables des services de crise suivants¹⁸⁷:

- L'intervention de crise à très court terme¹⁸⁸: Lorsqu'il s'agit d'un problème pouvant être résolu par un nombre minimal de rencontres (maximum de trois rencontres), l'intervention de crise à très court terme peut être effectuée par le service d'AAOR (ex.: intervention de crise).
- La consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)¹⁸⁹: Ce service de consultation téléphonique psychosociale (Info-Social) est accessible jour et nuit en composant un numéro à trois chiffres, soit le 811. Il comprend des activités d'intervention psychosociale, des activités psychosociales en contexte de sécurité civile et des activités de soutien aux intervenants.
- L'intervention de crise dans le milieu 24/7¹⁹⁰: L'intervention de crise dans le milieu offerte jour et nuit est un service offert sans rendez-vous, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il s'adresse à toute personne en situation de crise et pour laquelle une intervention dans le milieu est jugée nécessaire par le service de l'AAOR, le service Info-Social ou par un partenaire du milieu qui a une entente à cette fin avec le centre intégré. Ce service est rendu à domicile ou dans un autre lieu approprié, par un intervenant du centre intégré ou d'un organisme communautaire selon une entente convenue à cette fin.

La gamme de services d'intervention de crise comprend également l'hébergement de crise et l'urgence psychiatrique. L'hébergement de crise est disponible dans la très grande majorité des régions du Québec. Ce service est majoritairement offert par des organismes communautaires selon une entente convenue à cette fin.

185 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Gouvernement du Québec, 2013, p. 14, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.

186 *Ibid.*, p. 33.

187 *Ibid.*, p. 14.

188 *Ibid.*, p. 23.

189 *Ibid.*, p. 27-28.

190 *Ibid.*, p. 32-35.

La gamme de services d'intervention de crise doit être consolidée dans plusieurs régions du Québec¹⁹¹. Outre les contraintes d'accès, des difficultés sont rencontrées dans certaines régions, où se posent notamment des problèmes de transport et de distance. Des problèmes de recrutement et de rétention d'une main-d'œuvre qualifiée affectent l'ensemble de la province¹⁹².

MESURE 28

Afin de répondre aux besoins de la population, chaque centre intégré s'assurera de la disponibilité de services d'intervention de crise sur son territoire et en fera connaître la gamme complète.

6.3.3 LE SOUTIEN AUX PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE SUICIDAIRE

Les données les plus récentes confirment que la baisse du taux de suicide amorcée au début des années 2000 se maintient dans le temps, permettant au Québec de présenter un taux de suicide comparable à celui d'il y a 40 ans¹⁹³. Les hommes québécois affichent un taux de suicide de 3,5 fois supérieur à celui des femmes québécoises. Le taux le plus élevé se trouve chez les hommes de 35 à 49 ans¹⁹⁴. L'Enquête québécoise sur la santé de la population rapporte toutefois qu'en 2008, les femmes étaient 3 fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents. L'écart entre les sexes concernant les idées suicidaires est peu significatif¹⁹⁵. La mortalité par suicide demeure un problème de santé publique majeur et les efforts en matière de sensibilisation et de prévention doivent être maintenus. La maladie mentale s'avère un facteur de risque suicidaire important¹⁹⁶.

La prévention du suicide s'est améliorée au Québec, notamment par la mise en place de mesures qui facilitent le partenariat entre les représentants des différents milieux et la diffusion de bonnes pratiques¹⁹⁷. Ainsi, le *Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des CSSS*¹⁹⁸ et le *Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des CSSS*¹⁹⁹ ont été diffusés par le MSSS, en 2010, notamment pour soutenir la réalisation des objectifs inscrits dans le Programme national de santé publique 2003-2012²⁰⁰ et dans le PASM 2005-2010²⁰¹. Ces guides énoncent

191 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 29, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

192 *Ibid.*

193 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *La mortalité par suicide au Québec: 1981-2012 - Mise à jour 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 6, accessible en ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1939_Mortalite_Suicide_2015.pdf.

194 *Ibid.*, p. i.

195 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 6, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000486/>.

196 STATISTIQUE CANADA, *Coup d'œil sur la santé - Les taux de suicide: un aperçu* (en ligne), Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm> (consulté le 18 août 2014).

197 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 61-62, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

198 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 83 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>.

199 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Prévention du suicide - Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 64 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000752/>.

200 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 2003, p. 40, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000917/>.

201 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 61, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

entre autres les directives encadrant le suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide. Cette mesure²⁰² vise à s'assurer que la personne qui est ou qui a été en danger grave de poser un geste suicidaire et qui quitte l'organisation ayant effectué la gestion de sa crise suicidaire (ex.: hôpital, centre de crise) puisse avoir accès à un suivi rapidement et de façon intensive²⁰³.

Il importe de privilégier certaines pratiques auprès des personnes qui présentent un risque suicidaire et issues de populations vulnérables, dont les populations autochtones. Un membre de ces populations présente un risque de deux à trois fois plus élevé de se suicider qu'une personne non autochtone²⁰⁴. Ainsi, un projet d'adaptation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et de la formation des intervenants qui s'adressent aux communautés Premières Nations non conventionnées est en cours. Ce projet est sous la responsabilité de la CSSSPNQL et réalisé en étroite collaboration avec le CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke – désormais le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MESURE 29

Afin d'assurer un suivi étroit aux personnes qui sont ou qui ont été en danger grave de poser un geste suicidaire, chaque centre intégré s'assurera :

1. d'offrir et de rendre accessible le suivi étroit;
 2. de faire connaître, sur son territoire, les mesures de suivi étroit auprès des partenaires en matière de gestion des situations de crise;
 3. d'établir un processus de référence vers ces mesures avec ses partenaires.
-

MESURE 30

Afin d'agir spécifiquement sur un des segments de la population où le risque de poser un geste suicidaire est le plus élevé, le MSSS poursuivra sa collaboration avec la CSSSPNQL concernant l'adaptation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et la formation d'intervenants qui s'adressent aux communautés Premières Nations non conventionnées.

Le MSSS collaborera également, avec les principaux acteurs concernés, à la mise en place de démarches similaires auprès des communautés autochtones conventionnées.

6.3.4 LES ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE

L'un des principaux objectifs du PASM 2005-2010 était la mise en œuvre de services spécifiques de première ligne en santé mentale se concrétisant par la mise en place d'équipes de santé mentale à l'intention des jeunes et des adultes dans les CSSS. Ainsi qu'elles sont décrites dans les Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en

202 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Prévention du suicide – Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 29-33, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000752/>.

203 Loc. cit.

204 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, p. 59, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>.

santé mentale de première ligne en CSSS²⁰⁵, ces équipes interdisciplinaires ont pour principaux rôles :

- d'évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui leur sont acheminées;
- d'offrir des soins et des services fondés sur les données probantes et les guides de pratiques dans un contexte de première ligne, en tenant compte des membres de l'entourage de la personne utilisatrice de ces services;
- d'assurer un soutien aux partenaires internes et externes, y compris des ressources communautaires.

L'objectif est d'assurer la réponse à 70 % des besoins de la population dans les services de première ligne, ce qui implique de garantir l'accessibilité aux soins et aux services en temps opportun et, dans certains territoires, le transfert d'effectifs de la deuxième ligne vers la première ligne. Les efforts doivent donc être maintenus en vue de l'amélioration et de l'optimisation des pratiques ainsi que de la mise en place et du maintien d'une culture de première ligne et d'accès hiérarchisé dans ce secteur.

L'accès à des services de première ligne en santé mentale, en temps opportun, est déterminant en ce qui concerne la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage et en ce qui concerne la performance de l'ensemble du système de santé québécois. En effet, les services de première ligne contribuent à améliorer significativement la réponse aux besoins des personnes utilisatrices de services et leur accès à ces services en assurant une culture de collaboration et de hiérarchisation des services, notamment par les liens entretenus avec l'ensemble des programmes et des acteurs de première ligne (services sociaux généraux, médecins de famille, GMF, pharmacies communautaires, organismes communautaires, etc.) qui peuvent apporter une réponse aux besoins avant d'envisager un recours aux services spécifiques ou spécialisés.

MESURE 31

Afin d'assurer l'accessibilité aux services spécifiques de santé mentale de première ligne, le MSSS :

- poursuivra, avec la collaboration du CNESM, le déploiement et l'optimisation des services spécifiques de première ligne en santé mentale.
-

6.3.5 LE SOUTIEN ET LE SUIVI DANS LA COMMUNAUTÉ DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT UN TROUBLE MENTAL GRAVE

Le soutien et le suivi dans la communauté sont des types de services qui visent la réadaptation. Ils ont pour principale fonction de favoriser l'acquisition d'un degré de fonctionnement autonome optimal en société. Ils jouent ainsi un rôle déterminant dans le processus de rétablissement et d'intégration de personnes atteintes d'un trouble mental grave, tout en favorisant une utilisation judicieuse des services. Leur intensité et leur durée varient selon les besoins et la situation des personnes à qui ils s'adressent.

205 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2011, p. 27, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

Le MSSS a publié, en 2002, un document intitulé *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*²⁰⁶, dans lequel trois modèles différents et répondant à des besoins spécifiques sont décrits, à savoir :

- le soutien de base non intensif (SBNI);
- le soutien d'intensité variable (SIV);
- le suivi intensif dans le milieu (SIM).

Ces trois modèles de services constituent un continuum. Selon ses besoins et son cheminement, une personne peut passer, selon les périodes, d'une intensité de services à une autre. Afin de soutenir le rétablissement – qui n'est pas nécessairement linéaire – de la personne utilisatrice de services et de favoriser une utilisation judicieuse des ressources disponibles, ces transitions d'une intensité de services à une autre doivent être favorisées.

Bien que les trois modèles de soutien et de suivi dans la communauté (SBNI, SIV et SIM) contribuent de façon complémentaire à une offre de service efficiente, le MSSS priorise le déploiement des services de SIV et de SIM, qui s'adressent aux personnes qui présentent un trouble mental grave, dont la situation est instable et qui, sans la présence de services adéquats dans la communauté, seraient les plus susceptibles d'être hospitalisées de façon prolongée ou de recourir fréquemment aux services des urgences.

Bien qu'il existe des similitudes entre le SIV et le SIM, ils diffèrent par l'intensité des services offerts. Les services de SIV sont coordonnés par un intervenant qui entretient un lien privilégié avec la personne (modèle de « Case management »). Pour sa part, le SIM, qui est l'un des modèles de services les plus étudiés dans la littérature scientifique en psychiatrie et dont l'impact sur la réduction de l'utilisation des services hospitaliers est le mieux démontré^{207, 208, 209, 210, 211}, consiste en une organisation fondée sur les interventions d'une équipe interdisciplinaire à laquelle participe un médecin et qui offre des traitements psychiatriques, du soutien et des services de réadaptation.

La présence de services de SIV influence grandement l'efficacité des équipes de SIM, qui doivent avoir la possibilité de transférer les personnes utilisatrices de services stabilisées dans un service d'intensité moindre. En l'absence d'un accès fluide au SIV, les équipes de SIM tendront à garder les personnes plus longtemps, ce qui entraîne un accès difficile au SIM. Ces services jouent un rôle majeur dans le continuum de services en santé mentale, tout en participant à l'accroissement de la performance globale du système de santé, au bénéfice des personnes atteintes d'un trouble mental grave – qui sont parmi les plus vulnérables de la société – et de leur entourage.

Le respect de critères cliniques et organisationnels relatifs aux modèles de SIV et de SIM a un impact significatif sur l'utilisation optimale des ressources. Ainsi, le CNESM s'assurera dorénavant de la conformité des services aux bonnes pratiques,

206 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 28 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001321/>.

207 T. BURNS et autres, « Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression », *British Medical Journal*, vol. 335, n° 7615, 2007, p. 336-340.

208 G.R. BOND et autres, « Assertive community treatment for people with severe mental illness », *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 9, n° 3, 2001, p. 141-159.

209 G.R. BOND et autres, « Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study », *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, n° 6, 1990, p. 865-891.

210 S.D. PHILLIPS et autres, « Moving assertive community treatment into standard practice », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 6, juin 2001, p. 771-779.

211 E.A. LATIMER, « Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 5, juin 1999, p. 443-454.

tant en établissement que dans le milieu communautaire. Les places rattachées aux mesures de soutien dans la communauté feront l'objet d'un processus de reconnaissance de la fidélité aux modèles éprouvés des services de SIV et de SIM, ce qui permettra au MSSS de reconnaître la spécificité des équipes et de mieux garantir les effets attendus de ces services dans le continuum. Certains critères du processus d'homologation seront prioritaires. Concernant le SIV, les services devront s'attarder à la production du plan d'intervention (pour l'ensemble des personnes servies par le SIV), au caractère adéquat de l'intensité des services de même qu'à la coordination des services entre les partenaires. Quant au SIM, les équipes devront prioritairement se doter d'un psychiatre qui leur soit attitré, comprendre un spécialiste du travail, un spécialiste en toxicomanie de même qu'un pair aidant.

Les requis de services sont évalués à 250 places pour 100 000 habitants concernant le SIV et à 70 places pour 100 000 habitants concernant le SIM²¹². Néanmoins, la cible énoncée dans le présent PASM se situe sous ces requis, notamment en raison des ressources disponibles. Il demeure qu'à moyen et à long terme, le Québec doit viser l'atteinte des requis de services fondés sur l'évaluation des besoins populationnels.

MESURE 32

Afin de s'assurer que les services de SIV et de SIM appliquent les pratiques qui sont appuyées par des données probantes:

- le MSSS poursuivra la mise en œuvre, en collaboration avec le CNESM, du mécanisme national de reconnaissance de la qualité des services de SIV et de SIM.

MESURE 33

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention des personnes qui présentent un trouble mental grave, chaque centre intégré:

1. poursuivra le déploiement des services de SIV, de façon à atteindre un ratio d'au moins 145 places reconnues pour 100 000 habitants;
2. poursuivra le déploiement des services de SIM, de façon à atteindre un ratio d'au moins 55 places reconnues pour 100 000 habitants;
3. intégrera un pair aidant dans au moins 30 % des équipes de SIV et dans 80 % des équipes de SIM.

MESURE 34

Afin d'améliorer l'offre de services de soutien dans la communauté à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance et qui présente des troubles mentaux graves, le MSSS rappelle les engagements énoncés dans le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020:

- une équipe de SIM sera mise en place à Montréal à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance et qui présente des troubles mentaux graves. L'équipe interdisciplinaire, qui comprend également un psychiatre, sera formée suivant

212 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 85, accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

les normes reconnues des modèles de suivi intensif dans la communauté qui s'inspirent du modèle PACT (Program for Assertive Community Treatment) et adaptée à la réalité des besoins de la clientèle itinérante.

MESURE 35

Afin de permettre aux communautés Premières Nations non conventionnées d'avoir accès à des services de SIM, de SIV de même qu'à des services destinés aux jeunes qui vivent un premier épisode psychotique, ces communautés pourront, si nécessaire, convenir d'ententes avec les établissements qui dispensent ces services, dans le respect des responsabilités qui incombent à chacun des paliers de gouvernement.

6.4 LES SERVICES DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET EN MILIEU CARCÉRAL

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement en santé mentale, les intervenants sont fréquemment appelés à appliquer des mesures judiciaires concernant une personne utilisatrice de services. On observe, à ce sujet, une augmentation soutenue des ordonnances d'évaluation, de traitement, de garde ou d'hébergement prononcées par la Chambre civile ou par la Chambre criminelle et pénale de la Cour du Québec et adressées aux établissements de la santé et des services sociaux^{213, 214}. Un nombre élevé de casiers judiciaires, de peines d'incarcération ou de démêlés avec la police chez les personnes atteintes d'un trouble mental grave est également observé²¹⁵.

Comme dans tout autre service en santé mentale et conformément au principe de primauté de la personne, il faut adopter et appliquer une approche visant le juste équilibre entre la protection, la sécurité et la préservation des droits des personnes. Il faut donc s'assurer d'une atteinte minimale aux droits dans l'adoption de mesures, celles de nature judiciaire arrivant en tout dernier recours, compte tenu de l'évaluation du risque actuel réellement encouru que l'on cherche à contrer. Même lorsqu'un recours judiciaire s'impose, il importe de privilégier d'abord les actions les moins coercitives. Voilà pourquoi, chaque fois qu'une mesure judiciaire pouvant s'avérer lourde de conséquences pour la personne visée est envisagée, une recherche au Registre des personnes sous régime de protection du Curateur public²¹⁶ doit être effectuée, afin d'informer rapidement le représentant légal ou le Curateur public, le cas échéant, de cette décision, compte tenu de son obligation de s'assurer que cette personne reçoit les services requis et que ses droits sont respectés.

Au sujet du danger ou du risque encouru, on ne saurait exclure d'emblée l'accès à un service de santé mentale sous prétexte d'antécédent judiciaire ou d'un comportement antérieur dangereux : le risque actuel est davantage celui qui doit être pris en compte et une bonne évaluation de ce risque s'avère ici primordiale. Aussi, le degré d'atteinte aux droits ne se justifie que par un risque actuel et réel à la hauteur de l'atteinte portée.

213 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 23, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000695/>.

214 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 44-46, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000694/>.

215 SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL, *L'intervention policière auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise – Plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015*, Montréal, p. 8, accessible en ligne : http://www.spvm.qc.ca/upload/documentations/Plan_strategique_sante_mentale_FINAL.pdf.

216 Le registre des régimes de protection du Curateur public peut être consulté à l'adresse suivante : <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/role/registres.html>.

La nature criminelle ou civile de l'ordonnance judiciaire et son contenu déterminent les rôles, les responsabilités et les obligations attendus de la part des acteurs concernés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces éléments déterminent aussi les rôles, les responsabilités et les obligations attendus de la part des partenaires et des personnes impliqués. Afin que cette action en partenariat réussisse et porte les fruits escomptés, tous doivent avoir une vision et une compréhension communes du but à atteindre, de la raison de cette action commune et de la manière dont elle sera mise en œuvre, sans perdre de vue leur mission, ce qui est attendu d'eux.

Certaines mesures judiciaires, dont les régimes de protection (tutelle, curatelle, mandats), sont assez courantes et posent peu de problèmes de gestion. Par contre, en ce qui concerne d'autres mesures judiciaires, beaucoup plus exceptionnelles, des écarts importants entre les dispositions de la loi et la manière dont elles sont mises en œuvre sur le terrain ont été constatés, dans les établissements et dans les dossiers des personnes utilisatrices de services du réseau de la santé et des services sociaux.

Ces difficultés d'application ont largement été documentées dans différents rapports au sujet de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui²¹⁷, et de la partie XX.1 du Code criminel relative aux accusés atteints d'un trouble mental^{218, 219}. Comme ces deux mesures portent atteinte à la liberté et à l'intégrité de la personne, elles sont restrictives dans leur interprétation et leur application, notamment sur le plan des procédures et des délais.

Pour parfaire la gestion de ces deux mesures d'exception, le personnel a besoin d'orientations claires quant au but commun recherché, au sens et à l'étendue de sa mission dans ces cas. Il doit aussi avoir accès aux connaissances, aux compétences et aux outils nécessaires pour jouer son rôle dans ce contexte.

En plus des principes de primauté de la personne et de respect des droits, ceux relatifs à la responsabilité populationnelle, à la hiérarchisation et à l'intégration des services de même qu'à la prestation de soins en collaboration et à proximité du milieu de vie, promus dans le présent PASM, viennent orienter les actions à réaliser et les mesures à appliquer dans la pratique.

Pour garantir une conformité aux lois des pratiques en matière de gestion de mesures judiciaires et favoriser la coordination optimale des actions menées sur le terrain, la concertation avec les partenaires juridiques et en sécurité publique impliqués dans ces cas est incontournable. Bien qu'à ce jour, cette concertation existe dans nombre de régions, elle reste insuffisante pour produire les résultats attendus. Des améliorations sont souhaitées, comme en témoignent les recommandations formulées dans les rapports produits à ce sujet^{220, 221, 222, 223}.

217 *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, chapitre P-38.001, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1997.

218 *Code criminel*, LRC, chapitre C-46, [Ottawa], Ministre de la Justice, 1985.

219 La partie XX.1 du Code criminel s'applique, avec les adaptations nécessaires, aux infractions imputées aux adolescents, en conformité avec le paragraphe 11 de l'article 141 de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (L.C., 2002, c.1). De son côté, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui s'applique à toute personne, indépendamment de son statut, de son âge ou de sa condition ou de toute autre caractéristique que ce soit.

220 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 80-81, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000695/>.

221 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, p. 83, accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000694/>.

222 PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001)*, Québec, 2011, 39 p.

223 PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport spécial du Protecteur : Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*. Québec, 2011, 77 p. et annexe.

La concertation entre les réseaux de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique et de la justice, tout comme la concertation de leurs organismes affiliés, doit être consolidée, étendue et mise à l'œuvre à tous les paliers de prise de décision.

Comme assises à cette concertation nécessaire à la coordination des actions sur le terrain, le Forum justice et santé mentale, regroupant les principaux partenaires impliqués, a été mis sur pied en mars 2012. Il a pour premier objectif d'élaborer une stratégie nationale de concertation en justice et en santé mentale, laquelle sera proposée au gouvernement par les trois ministères concernés. Cette stratégie comprend la création de tables régionales de concertation en justice et santé mentale sur l'ensemble du territoire québécois, y compris dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. En accord avec le palier national du Forum, chaque centre intégré devra donc participer activement à ces tables et y assigner des représentants. Ceux-ci seront désignés «répondants justice-santé mentale», et leurs noms figureront sur une liste tenue à jour et facilement accessible aux partenaires.

MESURE 36

Afin de favoriser la concertation permettant d'améliorer l'efficacité des services de psychiatrie légale :

1. le MSSS, le ministère de la Justice (MJQ) et le ministère de la Sécurité publique (MSP) proposeront au gouvernement l'adoption d'une stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale, élaborée par le Forum justice et santé mentale;
2. chaque centre intégré désignera des représentants à des tables régionales en justice et santé mentale ou à un forum où se réuniront les acteurs désignés, devenant les «répondants justice-santé mentale» des établissements de santé et de services sociaux.

D'autre part, un institut national de psychiatrie légale sera désigné en vue de collaborer, entre autres, au développement des meilleures pratiques en psychiatrie légale, tant sur le plan du droit civil que sur le plan du droit criminel.

MESURE 37

Afin de rehausser la formation, l'implantation, la qualité et la continuité des services en psychiatrie légale :

- le MSSS désignera un institut national de psychiatrie légale auquel il donnera le mandat d'assurer un leadership national.

6.4.1 LA PSYCHIATRIE LÉGALE RELEVANT DU CODE CIVIL DU QUÉBEC

Pour uniformiser et rendre conformes à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui les pratiques en cette matière, des orientations ministérielles relatives à son application seront publiées et leur mise en œuvre sera soutenue dans les réseaux de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique.

Ce soutien viendra d'une part d'une reddition de comptes visant à rendre les conseils d'administration des établissements responsables de l'application de la Loi dans leur établissement. Ils devront inclure, dans leur rapport annuel de gestion, des données factuelles sur la garde et sur l'évaluation psychiatrique d'une personne sans son consentement, de façon à permettre au MSSS d'en suivre l'application.

Ils devront également s'assurer d'adopter, et de diffuser auprès du personnel concerné, un «protocole de garde» conforme aux orientations ministérielles. D'autre part, une formation conjointe MSSS-MJQ-MSP sur la Loi, comportant un volet sur les droits, sera élaborée et inscrite en vue d'être diffusée dans le Plan national de formation du réseau de la santé et des services sociaux.

MESURE 38

Afin d'assurer une uniformisation et de rendre conforme à la Loi les pratiques en cette matière :

1. le MSSS, après avoir consulté le MJQ, le MSP et les autres partenaires impliqués, publiera des orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui;
 2. le conseil d'administration de chaque établissement inclura, dans son rapport annuel de gestion, des données factuelles sur la garde et l'évaluation psychiatrique d'une personne sans son consentement;
 3. le conseil d'administration de chaque établissement adoptera, et diffusera auprès du personnel concerné, un «protocole de garde» conforme aux orientations ministérielles;
 4. le MSSS, le MJQ et le MSP élaboreront une formation en collaboration et l'offriront conjointement dans leur réseau respectif.
-

6.4.2 LA PSYCHIATRIE LÉGALE RELEVANT DU CODE CRIMINEL

Du côté des ordonnances relevant de la Chambre criminelle et pénale et dans la continuité du rapport publié en 2011²²⁴, des travaux en cette matière se poursuivront au Forum justice et santé mentale et dans les Tables régionales de concertation visant à hiérarchiser l'organisation et la prestation des services.

En guise de premier principe, les partenaires concernés par cette question doivent convenir que la mission de centre hospitalier, est d'abord de soigner les personnes et non de les garder de force, sans pouvoir les soigner ou sans avoir à le faire, soit parce qu'elles s'y opposent, soit parce que leur état de santé ne requiert pas de soins actifs à l'interne.

Par ailleurs, le virage ambulatoire qui, depuis les 20 dernières années, a permis à de nombreux citoyens d'obtenir des soins et des services médicaux et chirurgicaux sans accaparer des lits hospitaliers doit maintenant s'étendre à la psychiatrie légale relevant du Code criminel.

En ce sens, les évaluations de l'état mental relatives à l'aptitude à comparaître ou à la responsabilité criminelle, de même que les ordonnances de traitement visant à rendre apte à comparaître, ordonnées en vertu de la partie XX.1 du Code criminel, devraient être réalisées le plus souvent en mode ambulatoire, sans qu'il soit nécessaire de garder l'accusé dans un lit hospitalier. Si, pour des raisons de sécurité publique, un tribunal ordonne la garde de l'accusé jusqu'au prononcé du verdict, celle-ci devrait demeurer sous la responsabilité des services correctionnels, dont c'est la mission.

Évidemment, comme le permet le Code criminel, cela nécessite que le libellé des ordonnances prévoie les déplacements entre l'établissement de détention et l'établissement de santé désigné pour procéder à l'évaluation ou au traitement.

224 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 226 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000694/>.

Ce libellé doit aussi prévoir le maintien de la garde à l'hôpital aussi longtemps que la situation l'exige, advenant que l'examen en externe révèle un problème de santé nécessitant une hospitalisation pour des soins actifs, de la réadaptation ou parce que l'évaluation de l'accusé le requiert.

En outre, la durée des ordonnances d'évaluation ou de traitement, sauf en de rares exceptions, ne devrait pas dépasser les délais maximaux prévus par le Code criminel, soit 5 jours dans le cas de l'aptitude et 30 jours dans le cas de la responsabilité criminelle ou du traitement. Seul le dépôt d'une requête auprès du tribunal compétent devrait permettre l'accord d'une prolongation de ces délais. De plus, indépendamment du délai accordé dans l'ordonnance pour la réalisation de l'évaluation ou du traitement, dès que cette évaluation ou ce traitement est réalisé, l'établissement désigné devrait demander la comparution immédiate de l'accusé, tel que le prévoit le Code criminel. Le MSSS espère ainsi stabiliser, sinon diminuer la durée moyenne de séjours d'accusés détenus, à évaluer ou à traiter, occupant des lits hospitaliers de soins actifs.

MESURE 39

Afin de favoriser la dispensation en mode ambulatoire des services de psychiatrie légale en vertu de la partie XX.1 du Code criminel :

1. le MSSS s'engage à revoir l'arrêté ministériel désignant les lieux de garde afin de s'assurer que ces lieux soient situés le plus près possible des établissements de détention;
2. le MJQ et le MSP s'engagent à poursuivre les travaux du Forum justice et santé mentale visant à sensibiliser l'ensemble du système de justice afin que les ordonnances en vue d'obtenir une évaluation de l'aptitude à comparaître ou de la responsabilité criminelle ou de traiter en vue de rendre apte à comparaître favorisent l'utilisation des services ambulatoires et réservent les hospitalisations aux accusés dont l'état de santé mentale le nécessite.

L'atteinte des mêmes objectifs est attendue en ce qui concerne les décisions du tribunal ou de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), une fois le verdict d'incapacité ou de non-responsabilité criminelle rendu. Comme le prévoit le Code criminel, dès que l'état de santé mentale de la personne visée le permet et que celle-ci ne représente pas un danger pour elle-même ou pour autrui, elle devrait bénéficier de soins, y compris la surveillance et l'encadrement, en mode ambulatoire et dans son milieu de vie.

À cet égard, les établissements désignés sont invités à faire les représentations nécessaires à cet effet auprès de la CETM, notamment en obtenant une délégation de pouvoir leur permettant d'assouplir ou de resserrer les conditions de détention ou de libération ou en présentant une demande d'audience à la CETM afin de faire modifier la décision en ce sens dès que cela s'avère pertinent.

6.4.3 LES SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU CARCÉRAL

Un rapport spécial du Protecteur du citoyen sur cette question²²⁵ montre à quel point les personnes incarcérées atteintes de maladie mentale ont un impact significatif, tant financier qu'organisationnel, dans les établissements de détention, sans compter la détresse et la souffrance de ces personnes qui n'y reçoivent pas les services requis auxquels elles ont droit.

225 PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport spécial du Protecteur: Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*. Québec, 2011, 77 p. et annexe.

Plus spécifiquement, le rapport met en évidence de nombreux problèmes d'accessibilité, de qualité, de continuité et de suivi des soins offerts aux personnes incarcérées atteintes d'un trouble mental grave, faisant état par ailleurs des ruptures de services et des arrêts forcés, au moment de l'incarcération, de la médication psychotrope prescrite.

De plus, les mécanismes de contrôle de l'acte infirmier ou professionnel définis dans la LSSSS afin d'assurer au citoyen des soins et des services de qualité ne s'appliquent pas dans les établissements de détention.

Dans ce contexte, ainsi que le recommande l'OMS²²⁶, il apparaît incontournable que les soins de santé et les services sociaux offerts dans les établissements de détention soient prodigués par du personnel du réseau de la santé et des services sociaux et encadrés par les mécanismes définis dans la LSSSS. Cela permettrait une tenue de dossier conforme à cette même loi et assurerait une meilleure continuité de services, tant lors de l'incarcération qu'à la suite de la libération de la personne, qui serait déjà connue du réseau de la santé et des services de santé locaux, contribuant ainsi à réduire le phénomène de portes tournantes et d'incarcérations à répétition.

MESURE 40

Afin d'offrir à tous les citoyens, même lorsqu'ils sont incarcérés, des soins de santé et des services sociaux continus et de qualité, le MSSS et le MSP déposeront une demande conjointe au gouvernement visant le transfert au MSSS de la direction et de la responsabilité des soins de santé et des services sociaux dispensés dans les établissements de détention provinciaux.

226 WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Good Governance for Prison Health in the 21st Century: A Policy Brief on the Organization of Prison Health*, Copenhagen (Danemark), 2013, 32 p., accessible en ligne: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1.

7/ RÉALISER LA MISE EN ŒUVRE DU PASM 2015-2020 ET ASSURER LA PERFORMANCE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DES SOINS ET DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

La réalisation du PASM est un projet d'envergure qui exige l'instauration d'une méthode et d'une structure de travail rigoureuses afin d'accompagner et de suivre la mise en œuvre des mesures. Par ailleurs, l'atteinte des objectifs doit être mesurée et les retombées du PASM, évaluées, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins de santé et des services sociaux.

7.1 LA MISE EN ŒUVRE DU PASM 2015-2020 ET SON SUIVI

Le PASM 2015-2020 sera accompagné d'un plan ministériel et de plans territoriaux de mise en œuvre décrivant :

- les mesures ministérielles et territoriales relatives aux objectifs du PASM;
- les mesures spécifiques de chaque territoire (au besoin);
- les mesures spécifiques de populations ayant des besoins particuliers;
- les échéanciers établis;
- le responsable principal de la mise en œuvre de chaque mesure;
- les rôles des partenaires dans la mise en œuvre des mesures;
- le processus de mise en œuvre (organisation du travail, gestion de projet, etc.);

- les cibles à atteindre et les résultats escomptés relativement à chaque mesure;
- la méthode et les outils de suivi continu de la mise en œuvre.

Afin de s'assurer que les objectifs soient atteints dans les délais établis, le MSSS et les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale se doteront conjointement d'un processus dynamique de concertation et d'accompagnement dans la mise en œuvre ainsi que d'un mécanisme rigoureux de suivi des mesures et des résultats obtenus. Ces suivis ministériels et territoriaux doivent être coordonnés en vue de la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés. Ils ont pour fonction de s'assurer du bon cours des travaux et, au besoin, de reconnaître rapidement les écarts relatifs à ce qui est prévu et à amorcer les ajustements requis en vue de l'atteinte des objectifs du PASM.

Pour chaque cible du PASM, les données pertinentes seront recueillies et analysées régulièrement. La plupart des données pourront faire l'objet d'un bilan annuel. À cette fin, l'exploitation des données de gestion des banques ministérielles existantes sera renforcée. Des outils de suivi qui permettent la rétroaction seront également élaborés et déployés graduellement afin de soutenir les différents paliers de gestion dans la réalisation du PASM. Enfin, certaines cibles qui correspondront à des livrables uniques ou ponctuels (ex. : l'élaboration d'orientations) ou de processus (ex. : mise en place de chantiers de travail) seront suivies au moyen d'un bilan de mi-parcours et d'un bilan final.

De plus, une évaluation de la mise en œuvre sera réalisée à l'échéance du PASM. Concernant l'ensemble des mesures, elle consistera à documenter l'obtention des résultats escomptés ainsi que les facteurs qui auront contribué significativement à leur réalisation ou qui, au contraire, l'auront freinée. Le rapport d'évaluation sera publié et accessible aux acteurs du réseau, à ses partenaires et à la population en général, dans un souci d'amélioration continue et en vertu de l'obligation de transparence qui incombe au MSSS en tant qu'administrateur des fonds publics.

7.2 L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA PERFORMANCE DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

7.2.1 L'ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ AUX STANDARDS MINISTÉRIELS

Le MSSS procédera à une démarche d'évaluation de la conformité aux standards ministériels relatifs aux services de santé mentale. Cette démarche visera essentiellement à mesurer la conformité aux standards ministériels au regard notamment de la qualité, de l'offre de service, des processus cliniques requis, des pratiques organisationnelles requises et des délais d'accès²²⁷. Ces standards doivent orienter le développement de l'offre de services en santé mentale dans chaque territoire.

Cette démarche visera à s'inscrire en appui aux deux paliers de gestion. Compte tenu des limites des données disponibles dans les banques de données ministérielles, la démarche demandera une interaction soutenue entre le MSSS et les centres intégrés afin de recueillir l'information (quantitative et qualitative) pertinente.

7.2.2 LA DOCUMENTATION DES BONNES PRATIQUES DANS LES MILIEUX PERFORMANTS ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE

Les pratiques cliniques et organisationnelles qui ont cours dans les territoires qui affichent une excellente performance – soit de façon globale, soit au regard d'aspects particuliers – seront systématiquement documentées en vue d'être éventuellement exportées, une fois les adaptations requises apportées, dans d'autres milieux pouvant

227 Voir Annexe I.

tirer profit de leur adoption. Cette démarche visera également, avec l'aide du CNESM, à répertorier les pratiques novatrices les plus porteuses – y compris les collaborations entre les établissements et les organismes communautaires –, lesquelles pourront être davantage expérimentées, suivies, diffusées et éventuellement adaptées puis adoptées par les autres équipes qui travaillent dans un contexte clinique analogue.

L'implantation des meilleures pratiques et l'optimisation des pratiques existantes exigent l'instauration d'une culture d'amélioration continue ainsi qu'une approche méthodique de gestion du changement dans les établissements. Une approche d'amélioration continue consiste en une révision constante des services offerts à la population d'un territoire donné, réalisée en mode consensuel et en mettant donc à contribution des acteurs qui représentent toutes les étapes inhérentes au processus de soins visé, que ce soit d'un centre intégré ou entre les partenaires d'un territoire. La révision des processus vise à optimiser graduellement le continuum de soins et de services dans son ensemble, à partir d'un ou de plusieurs projets ciblés ayant une portée précise et réaliste qui concernent une partie bien définie de la trajectoire de soins et de services des personnes utilisatrices de services. Plus spécifiquement, l'instauration d'une véritable culture d'amélioration continue consiste notamment :

- à chercher constamment, de façon méthodique et structurée, à simplifier et à standardiser les étapes inhérentes aux processus de soins et de services ou le cheminement des personnes à l'intérieur des différents services;
- à éliminer les obstacles, à revoir les pratiques cliniques et les activités qui ne contribuent pas à améliorer la situation biopsychosociale de la personne utilisatrice de services;
- à mettre à contribution les différents acteurs qui prennent part au processus ciblé (y compris les partenaires, les personnes utilisatrices de services et les membres de leur entourage) afin de préciser les problèmes, de faire émerger les solutions et d'instaurer les changements convenus;
- à mesurer les résultats des changements apportés afin de se féliciter des succès et de rapporter les difficultés, de maintenir les acquis et de s'ajuster, au besoin;
- à mobiliser les acteurs ou les intervenants qui participent au processus de soins et de services, en reconnaissant l'importance de la contribution de chacun à l'intérieur du processus et en donnant davantage de sens à cette contribution.

Le MSSS fera la promotion de l'amélioration continue en partageant des expériences, des approches et des outils permettant aux établissements et aux autres organisations de procéder à l'évaluation et à l'amélioration de leurs processus de travail. L'élaboration d'une approche d'amélioration continue dans le réseau de la santé mentale, qui est déjà bien amorcée, permettra de renforcer les façons de faire en vue d'offrir une meilleure expérience de soins à la personne utilisatrice de services.

Le MSSS continuera à établir et à préciser graduellement les standards qui appuieront l'adoption de processus cliniques efficaces. L'application de ces standards sera également suivie de façon rigoureuse afin d'accompagner les établissements dans l'adoption des meilleures pratiques. Le CNESM et le MSSS poursuivront leur étroit partenariat dans ce rôle de soutien et d'accompagnement des équipes.

CONCLUSION

Le PASM 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement*, comme le Plan d'action précédent, arrive à un moment charnière de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. La création des centres intégrés, la révision des modes de dispensation des services médicaux et du financement des services sont autant de facteurs qui invitent les acteurs du secteur de la santé mentale à «faire ensemble et autrement»: autrement dans leur capacité à abattre des cloisons entre des programmes qui seront dorénavant dans la même organisation, autrement dans leur arrimage avec le cœur de la première ligne, soit le cabinet du médecin de famille, et autrement dans l'utilisation optimale des ressources.

Si ce plan d'action vise d'une part le développement de services cliniques accessibles plus tôt dans le parcours de vie de la personne utilisatrice de services, accessibles dans la communauté et mieux adaptés aux besoins des citoyens, il veut également entraîner une mise en réseau plus vaste, qui répond notamment à l'impact de la maladie mentale dans la vie de la personne utilisatrice de services et de son entourage, dans le réseau de la santé, mais aussi dans le système judiciaire, les écoles et les établissements d'enseignement supérieur, etc.

Devant l'ampleur des répercussions de la maladie mentale sur les personnes qui en sont atteintes et sur les membres de leur entourage, mais également sur les services que l'État offre à ces personnes, il est indispensable d'avoir une vision d'ensemble et de collaborer étroitement à soutenir les personnes utilisatrices de services dans leur parcours de rétablissement et leur participation sociale tout en favorisant une utilisation optimale et judicieuse des ressources publiques et de l'expertise des partenaires.

ANNEXE I

STANDARDS

MINISTÉRIELS

1. SERVICES À OFFRIR À LA POPULATION

Le tableau suivant affiche la gamme de services requis selon les standards ministériels. Il s'agit de repères qui permettent d'orienter, d'optimiser et de développer la desserte territoriale. En vertu du principe de responsabilité populationnelle, les établissements ont le mandat d'améliorer et d'adapter progressivement l'offre de services de leur territoire en vue de la rendre conforme à ces standards, en collaboration avec leurs partenaires.

TABLEAU 1 - STANDARDS MINISTÉRIELS RELATIFS À LA GAMME DE SERVICES S'ADRESSANT AUX PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL

TYPE DE SERVICES	EXIGENCES DE SERVICES
Services de crise : • Intervention de crise à très court terme • Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (info-social) • Intervention de crise dans le milieu 24/7	Services accessibles à la population de chaque territoire, conformément à l'Offre de services sociaux généraux ²²⁸
• Hébergement de crise • Urgence psychiatrique	Services accessibles à la population de chaque territoire
Soutien aux familles et aux membres de l'entourage	Service accessible à la population de chaque territoire
Répit-dépannage à l'intention des familles et de l'entourage	Service accessible à la population de chaque territoire
Services d'évaluation et de traitement en santé mentale – ensemble du continuum de services spécifiques de première ligne et spécialisés*	Servir 3% de la population selon les standards relatifs au cadre clinicoadministratif des services de santé mentale (voir le tableau 3)

228 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Gouvernement du Québec, 2013, 70 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.

Mesures de soutien dans la communauté destinées aux personnes qui présentent un trouble mental grave ²²⁹ * :	Ratio minimal de 1 500 places pour 100 000 habitants, dont :
• suivi intensif dans le milieu (SIM)	70 places pour 100 000 habitants (ratio minimal)
• soutien d'intensité variable (SIV)	250 places pour 100 000 habitants (ratio minimal)
• soutien de base non intensif (SBNI)	1 180 places pour 100 000 habitants (ratio minimal)
Hospitalisation et longue durée*	2 lits de pédopsychiatrie pour 100 000 habitants (lits réservés dans des unités de pédopsychiatrie ou capacité en équivalent jours-présence dans les unités de pédiatrie) 40 lits en psychiatrie pour 100 000 habitants, dont : • 25 lits de courte durée (hospitalisation) • 15 lits de longue durée (hébergement) Parmi ces lits, 3 places à prévoir pour une clientèle de soins psychiatriques médicolegaux. 6,6 lits réservés aux soins médicolegaux (mission régionale, suprarégionale ou nationale) pour 100 000 habitants, dont : • 5,2 lits de garde en milieu fermé • 1,4 lit de séjour prolongé ou à sécurité maximale
Gamme variée et complète de services d'habitation et d'hébergement* : • logement autonome et mesures de soutien dans la communauté • hébergement de type RI-RTF : – appartements supervisés (RI) – hébergement à court terme, à moyen terme et à durée illimitée (RI ou RTF)	60 places pour 100 000 habitants (répartition à planifier selon les besoins de la population)
Autres services :	
• groupes d'entraide	Services accessibles à la population de chaque territoire
• activités structurées en milieu de jour	Services accessibles à la population de chaque territoire
• services d'intégration au travail, allant de la réadaptation psychosociale par le travail, à l'insertion et au maintien en emploi	Services accessibles à la population de chaque territoire
• promotion, respect et défense des droits	1 groupe par région
• équipes de 2 ^e niveau en centre intégré offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille	1 équipe par centre intégré offrant des services de protection et de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation et à leur famille

* Le calcul des exigences de services, à l'échelle d'un territoire, doit s'appuyer sur une population pondérée selon l'indicateur de besoins en santé mentale du MSSS (*Mode d'allocation des ressources, MSSS, DAR*).

229 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 28 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001321/>.

2. DÉLAIS D'ACCÈS

Les Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience des services sociaux généraux²³⁰ et les consensus d'experts permettent d'établir les standards suivants relatifs à l'accès aux soins et aux services de santé. Ces standards sont applicables à la majorité des usagers orientés vers les services spécifiques de santé mentale en première ligne ou, de manière élective, aux services spécialisés.

TABLEAU 2.1 – STANDARDS MINISTÉRIELS RELATIFS AUX DÉLAIS D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE

CHEMINEMENT DES USAGERS VERS LES SERVICES SPÉCIFIQUES DE SANTÉ MENTALE	DÉLAI
• Délai maximal pour compléter la demande et qu'elle soit dirigée vers le service approprié par l'AAOR ²³¹	10 jours
• Délai maximal pour que débute l'intervention ou le traitement par le professionnel assigné au suivi ou à la consultation dans les services de première ligne ou les services spécialisés en santé mentale	30 jours
• Délai maximal pour la rétroaction au référent par les services spécifiques ou spécialisés de santé mentale ²³²	7 jours

En ce qui concerne plus spécifiquement la consultation en psychiatrie (clientèle de tous âges), les standards à respecter afin d'assurer un accès dans des délais appropriés sur le plan clinique ont été établis par consensus d'experts²³³. Le tableau suivant précise les standards associés à certaines conditions jugées les plus représentatives de la performance de l'ensemble du système, selon le niveau de priorité applicable. Le GASM est l'instance habilitée à orienter la personne utilisatrice vers les services appropriés. Les standards suivants s'appliquent, que la personne requière des services spécifiques ou des services spécialisés.

TABLEAU 2.2 – STANDARDS MINISTÉRIELS RELATIFS AUX DÉLAIS D'ACCÈS À UNE CONSULTATION EN PSYCHIATRIE DANS CERTAINES SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

SITUATION CLINIQUE	ÉTAT DE CRISE	ÉTAT MENTAL INSTABLE	ÉTAT STABLE (CAS ÉLECTIF)
Premier épisode psychotique	24 heures	7 jours	15 jours
Crise de manie	24 heures	7 jours	-
Crise d'hypomanie	-	14 jours	30 jours
Trouble dépressif postpartum grave	24 heures	7 jours	30 jours
Dépression majeure	24 heures	14 jours	30 jours
Autres situations requérant une consultation en psychiatrie	24 heures	14 jours	30 jours

230 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Gouvernement du Québec, 2013, 70 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.

231 *Ibid.*

232 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide de Gestion – Accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques – Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*, Gouvernement du Québec, 2012, 63 p.

233 ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, *Wait Time Benchmarks for Patients with Serious Psychiatric Illnesses*, mars 2006, 4 p., accessible en ligne : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=383>.

3. STANDARDS RELATIFS AU CADRE CLINICOADMINISTRATIF DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les standards suivants touchent principalement des pratiques organisationnelles et des pratiques cliniques qui sont incontournables afin que les services de santé mentale puissent être conformes à leur mission. L'accompagnement des milieux par le CNESM contribue au respect de ces standards et soutient plus largement les équipes dans l'adoption de pratiques efficaces et efficientes.

TABLEAU 3 – STANDARDS RELATIFS AU CADRE CLINICOADMINISTRATIF DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

HIÉRARCHISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE	• Réponse à la majorité des besoins de la population en première ligne (au moins 70 % des besoins) • Gestion optimale de l'accès et amélioration continue • Le niveau de soins et de services est déterminé en fonction des symptômes et des besoins et non uniquement en fonction d'un diagnostic • L'accès aux services spécialisés requiert une recommandation des services spécifiques de santé mentale • L'absence de recommandation médicale n'est jamais un obstacle à l'accès aux services spécifiques ou spécialisés de santé mentale (y compris la consultation en psychiatrie) • Réserver l'usage des services spécialisés : - à la consultation ponctuelle pour : * l'évaluation et la précision du diagnostic, * la formulation de recommandations pour le traitement dans les services de première ligne; - aux problèmes complexes : * qui présentent une résistance aux traitements habituels, * dont la prévalence est faible, * qui présentent le plus de risques de rupture avec la société (violence, criminalité, etc.).
SERVICES À DISPENSER PAR LE CONTINUUM DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (EN ÉTABLISSEMENT)	• Fonction de GASM (en première ligne) • Évaluation • Intervention ou traitement selon une approche biopsychosociale (options variées adaptées à la diversité des besoins) • Réadaptation • Soutien et transfert de connaissances entre professionnels : à l'interne (en établissement), aux cliniques médicales et aux autres partenaires • Ententes relatives à la fonction de PRSM • MSRP (en 2^e ligne) Note: Les Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS²³⁴ précisent l'ensemble des conditions d'offre de services en première ligne.

234 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2011, 54 p., accessible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>

SOUTIEN DES CLINIQUES MÉDICALES ET SOINS DE COLLABORATION	• Communications écrites ou verbales environ tous les 3 mois, lorsque cliniquement pertinent, durant le suivi • Activités d'information, de formation et de réseautage auprès des médecins de famille et adaptées à la réalité de leur pratique
QUALITÉ DE L'APPROCHE CLINIQUE	• Plan d'intervention et révision périodique • Approche centrée sur le rétablissement - Rôle actif de la personne utilisatrice de services et de son entourage • Application des principes de soins par étapes • Soins de collaboration • Participation, lorsque la personne utilisatrice de services l'autorise, des membres de son entourage au plan d'intervention • Usage des protocoles et des outils reconnus • Supervision clinique²³⁵: tâche centrée sur la qualité des services visant l'optimisation du fonctionnement ainsi que l'efficacité et l'efficience des services

4. FIDÉLITÉ AUX MODÈLES CLINIQUES RECONNUS EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV) ET EN SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM)

Concernant certains services dans la communauté, les modèles de pratiques dont l'efficacité est reconnue reposent sur certains standards clinicoadministratifs incontournables. Ces standards sont établis par le CNESM et reconnus par le MSSS. Ils ne sont pas exclusifs et pourront être graduellement bonifiés. Le tableau suivant décrit ces standards. L'accompagnement des milieux par le CNESM contribue au respect de ces standards et soutient plus largement les équipes dans l'adoption de pratiques efficaces et efficientes.

TABLEAU 4 – STANDARDS CLINICOADMINISTRATIFS RELATIFS À CERTAINS MODÈLES DE PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE

SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE (SIV)	
Plan d'intervention	Réalisation de 100% des plans d'intervention des personnes suivies depuis plus de 8 semaines
Intensité du soutien	Moyenne de 14 à 16 rencontres en présence de la personne utilisatrice pour chaque intervenant de SIV par semaine
Ratio de dossiers par intervenant	Ratio optimal de 1/18 Un écart significatif par rapport à ce ratio, à l'échelle d'une équipe, peut compromettre la fidélité au modèle de SIV
Création et maintien des partenariats	Chaque intervenant réalise systématiquement des interventions auprès des partenaires significatifs dans le suivi et l'accompagnement de l'utilisateur : • médecin • membres de l'entourage • autres partenaires du milieu (réseau de l'éducation et de l'emploi, milieu de travail, etc.)

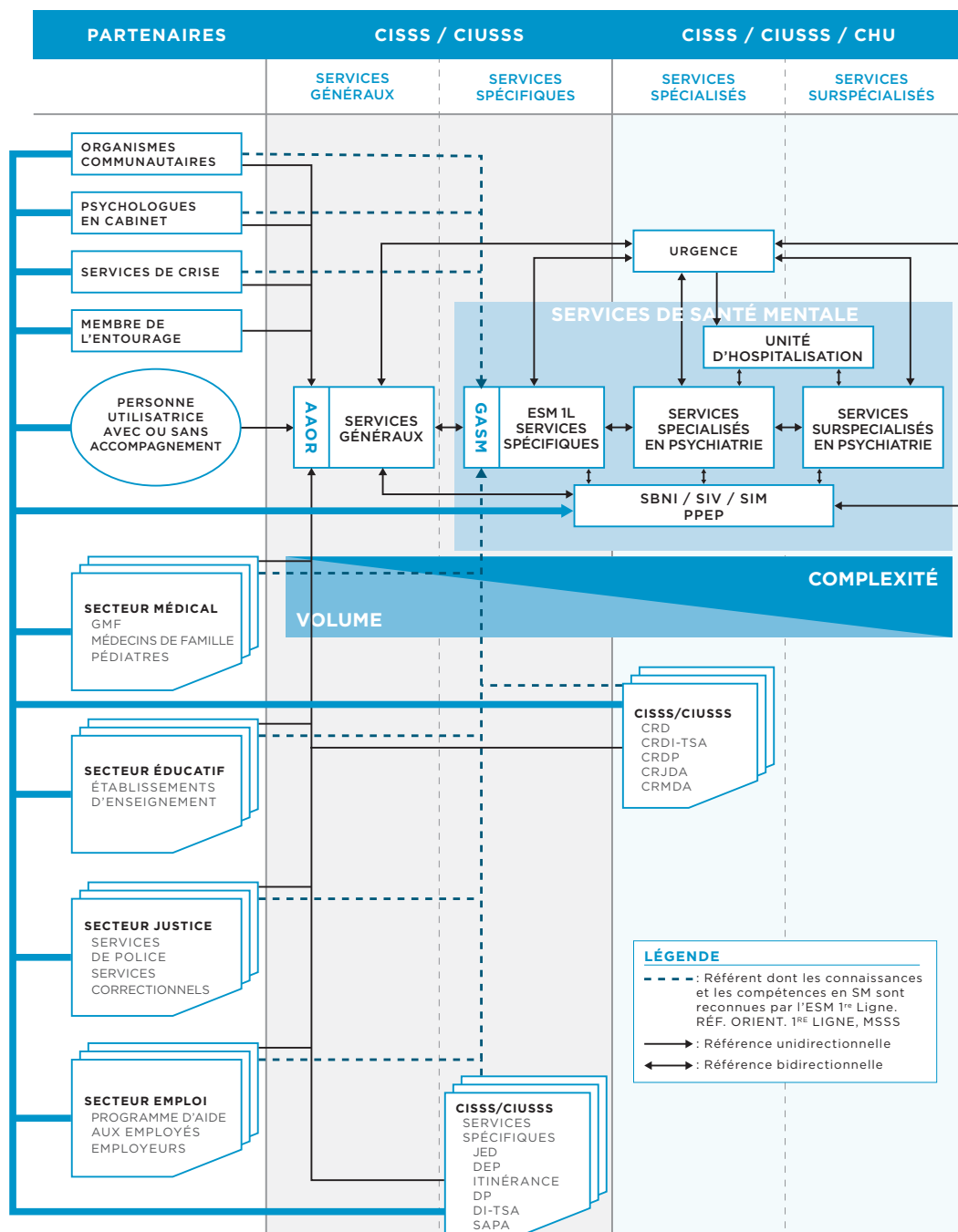
²³⁵ Ibid., p. 20-21.

SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU (SIM)	
Critères de reconnaissance	• Score minimal de 3,2 obtenu à l'aide de l'outil de mesure de fidélité au modèle ACT (T-MACT²³⁶)
Modèle clinique	Présence des éléments prioritaires suivants dans l'équipe : • une équipe interdisciplinaire • un psychiatre désigné (responsable du volet médical de l'ensemble de la clientèle de l'équipe) • un membre de l'équipe spécialisé en dépendance et en emploi • un pair aidant

236 M. MONROE-DEVITA, L.L. MOSER et G.B. TEAGUE, The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT), dans M. P. McGovern et autres (sous la dir. de), *Implementing Evidence-based Practices in Behavioral Health*. Center City, (Minnesota), 2013, 192 p.

ANNEXE II

CHEMINEMENT D'UN USAGER AU SEIN DU CONTINUUM EN SANTÉ MENTALE*



* Pour la définition des sigles, se référer à la liste au début du document.

BIBLIOGRAPHIE

ACADÉMIE CANADIENNE DES SCIENCES DE LA SANTÉ. *Le développement des jeunes enfants – Sommaire exécutif*, Groupe d'experts de la Société royale du Canada et de l'Académie canadienne des sciences de la santé, automne 2012, 3 p., accessible en ligne: http://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD_3_FR_FINAL.pdf.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Portail Santé Montréal – Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)* (en ligne), <http://www.santemontreal.qc.ca/vivre-en-sante/sante-des-tout-petits/services-integres-en-perinatalite-et-pour-la-petite-enfance-sippe/>.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, Chapitre 1- La santé mentale* (en ligne), 2006, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/4-fra.php>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Arlington (Virginie), American Psychiatric Association, 2013, 947 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Non aux mesures de contrôle! Isolement, contention et substances chimiques, Plus de dix ans après les orientations ministérielles: manifeste pour un réel changement de pratiques*, janvier 2014, 40 p., accessible en ligne: <http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/01/manifestejanvier2014.pdf>.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. «L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada – Une vision d'avenir partagée, Énoncé de principes», *La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, no 5, p. 1-12.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. «Stigmatisation et discrimination – Énoncé de principes», *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 56, no 10, 2011, 10 p., accessible en ligne: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1222>.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. *Wait Time Benchmarks for Patients with Serious Psychiatric Illnesses*, mars 2006, 4 p., accessible en ligne: <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=383>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, mars 2014, 23 p., accessible en ligne: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *Les 5 étapes du processus de rétablissement*, Outil de formation, Programme québécois Pairs Aidants réseau (Texte non publié).

BEARDSLEE, W.R., et autres (2003). Cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 150 p.

BOIVIN, A., et autres. «Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial», *Implementation Science*, vol. 9, no 24, février 2014, 10 p., accessible en ligne: <http://www.implementation-science.com/content/9/1/24>.

BOND, G.R., et autres. «Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study», *American Journal of Community Psychology*, vol. 18, no 6, 1990, p. 865-891.

BOND, G.R., et autres. «Assertive community treatment for people with severe mental illness», *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 9, no 3, 2001, p. 141-159.

BONIN, J.P., et autres. *Optimisation de la collaboration avec les familles et les organismes communautaires au sein des transformations en santé mentale*, IRSC, FRSC, mars 2012, 41 p., accessible en ligne: http://www.iumm.ca/documents/pdf/Recherche/Recherche/rapport%20Projet%20Famille_Version%20%20finale.pdf.

BRAULT, M.C., et E. LACOURSE. «Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactive disorder», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, no 2, 2012, p. 93-101.

BROWN, S., et autres. «Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, no 2, février 2010, p. 116-121.

BURNS, T. et autres. «Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression», *British Medical Journal*, vol. 335, no 7615, 2007, p. 336-340.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Mental Health Basics* (en ligne), Atlanta (Géorgie), 2011, mise à jour octobre 2014, <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES. *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale: meilleurs conseils*, Ottawa, juin 2014, 64 p., p. 2, accessible en ligne: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2014-fr.pdf>.

CENTRE D'EXCELLENCE DE L'ONTARIO EN SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS. *Parvenir à maturité – Aider les jeunes à passer des services de santé mentale pour enfant et adolescents à ceux pour adultes*, mai 2011, 6 p., accessible en ligne: http://www.excellenceforchildandadolescent.ca/sites/default/files/policy_parvenir_a_maturite_sommaire.pdf.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. «Des transitions efficaces au sein des services de santé mentale et de toxicomanie pour les enfants et les adolescents: protocole, parcours et partenariats», *Sommaire de données probantes du SISC*, no 1, 2014, 4 p., accessible en ligne: http://eenet.ca/wp-content/uploads/2014/07/Transitions-in-template_FRENCH.pdf.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale – Guide d'information*, Toronto, 2010, 56 p., accessible en ligne: http://knowledgex.camh.net/amhspecialists/resources_families/Documents/concurrent_guide_fr.pdf.

CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH. *Mental Illness and Addictions: Facts and Statistics* (en ligne), Toronto, accessible en ligne: http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx.

Charte des droits et libertés de la personne. [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1975.

CLÉMENT, M., et autres. *État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au plan d'action en santé mentale 2005-2010*, ARUC-Santé mentale et citoyenneté, 2012, 42 p. accessible en ligne: <http://racorsm.com/sites/racorsm.com/files/uploaded-documents/articles/2012/11/09/2102etatde situationparticipationpersonnesutilisatricespsasm05-10.pdf>.

Code criminel, LRC, [Ottawa], Ministre de la Justice, 1985.

Code de déontologie des médecins. [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2002.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 232 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, Un avis du Commissaire à la santé et au bien-être, Consultation et analyse*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 153 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 192 p., accessible en ligne: http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Pourquoi investir en santé mentale contribue à la prospérité économique du Canada et à la pérennité de notre système de soins de santé, Fiche de renseignements – principaux faits*, 31 octobre 2012, 5 p., accessible en ligne: http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_CaseForInvestment_FRE.pdf.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE. *L'accommodement des étudiants et étudiantes en situation de handicap dans les établissements d'enseignement collégial*, 2012, 220 p., accessible en ligne: http://www.cdpcj.qc.ca/publications/accommodement_handicap_collegial.pdf.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE. *L'application et l'interprétation de l'article 18.1 de la Charte des droits et libertés de la personne*, 2011, 21 p., accessible en ligne: http://www.cdpcj.qc.ca/publications/formulaire_emploi_2011.pdf.

CORBIÈRE, M., et autres. «Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale», *Santé mentale au Québec*, 2006, vol. 31, no 2, p. 215-235.

DELORME, A., et M. Gilbert. «Que serait une œuvre sans son cadre?», *Santé mentale au Québec*, vol. 39, no 1, printemps 2014, p. 47-60.

ELLIS, P.M., et S.C.D. COLLINGS (1997). Cité dans INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 150 p.

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIES MENTALES. «Rôles et responsabilités», *De la détresse émotionnelle à l'actualisation du potentiel des membres de l'entourage*, série 1, no 2, 2010, 16 p., accessible en ligne: <http://www.ffapamm.com/wp-content/uploads/2010/09/Fascicule2150.pdf>.

FELDMAN, R., et A. VENGROBER. «Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 50, no 7, 2011, p. 645-658.

FLEURY, M.J., et autres. «La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec», *Le médecin de famille canadien*, vol. 58, 2012, p. 725-731, accessible en ligne: <http://www.cfp.ca/content/58/12/e725.full.pdf>.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Dissiper la confusion: concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002, 18 p., accessible en ligne: http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf.

FONDATION GRAHAM-BOECKH et INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Recherche transformationnelle sur la santé mentale des adolescents*, 2013, 10 p., accessible en ligne: http://tramcan.ca/sites/tramcan.ca/files/uploads/articles/2013/tram_phase_i_rfp_with_summary_-_jan_31-13_-_francais_1_0.pdf.

FREEMAN, G., et autres. *Promoting Continuity of Care for People with Severe Mental Illness whose Needs Span Primary, Secondary and Social Care: A Multi-method Investigation of Relevant Mechanisms and Contexts*, Londres, National Coordinating Centre for Service Delivery and Organisation, 2002, 111 p.

GOVERNMENT OFFICE FOR SCIENCE. *Mental Capital and Wellbeing: Final Project Report*, Londres (Grande-Bretagne), UK Department for Innovation, Universities and Skills, 2008, 317 p.

INSEL, T.R., et W.S. FENTON. «Psychiatric epidemiology, it's not just about counting anymore», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no 6, p. 590-592.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 150 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La mortalité par suicide au Québec: 1981-2012 - Mise à jour 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 16 p., accessible en ligne: http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1939_Mortalite_Suicide_2015.pdf.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC. *Guide d'information et de soutien destiné aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale*, février 2012, 52 p., accessible en ligne: <http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/publications/guide-soutien-membre-entourage.pdf>.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS. *Psychoses: causes, symptômes et traitements* (en ligne), dernière mise à jour le 26 juillet 2013, <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>.

KESSLER, R.C. *National Comorbidity Survey: Adolescent Supplement (NCS-A)*, 2001-2004, Ann Arbor (Michigan), Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2013.

KESSLER, R.C., et autres. «Age of onset of mental disorders: A review of recent literature», *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 20, juillet 2007, p. 359-364.

KESSLER, R.C., et autres. «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no 6, 2005; p. 593-602.

KESSLER, R.C., et autres. «Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, no 6, 2005; p. 617-627.

KESSLER, R.C., et autres. «The prevalence and correlates of serious mental illness (SMI) in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)», dans R.W. Manderscheid et J.T. Berry (sous la dir. de), *Mental Health United States, 2004*, Rockville (Maryland), Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2006.

KNAPP, M., D. MCDAID et M. PARSONAGE (sous la dir. de). *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*, Londres, Department of Health, 2011, 43 p., accessible en ligne: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215626/dh_126386.pdf.

LABERGE, M., et C. MONTMARQUETTE. *L'aide au logement au Québec*, CIRANO, juin 2010, 83 p., accessible en ligne: <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-09.pdf>.

LATIMER, E.A. «Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, no 5, juin 1999, p. 443-454.

LESAGE, A., et autres. *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada - Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Rapport rédigé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), 2006, 20 p., accessible en ligne: http://www.iusmm.ca/documents/pdf/hopital/publications/prevalence_maladie_mentale.pdf.

LESAGE, A., et V. ÉMOND. «Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services», *Surveillance des maladies chroniques*, no 6, Institut national de santé publique, 2012, 16 p.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales : chapitre O-7.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1997.

Loi sur la santé publique, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2001.

Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2006.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1991.

MANTOURA, P. *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2014, 16 p., accessible en ligne: http://www.ccnpps.ca/docs/PPFSM_FR_Gabarit.pdf.

MARTEL, S., et C. STEENSMA. *Les années de vie corrigées de l'incapacité: un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 70 p.

MCCRONE, M.P., et autres. « Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, no 5, 2010, p. 377-382.

MCGORRY, P.D., E. KILLACKY et A. YUNG. « Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions », *World Psychiatry*, vol. 7, no 3, 2008, p. 148-156.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour soutenir le développement et le renforcement d'un continuum de services intégrés pour les jeunes, au palier local et régional*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 42 p., accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Cadre.pdf.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DES LOISIRS ET DU SPORT et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Deux réseaux et un objectif: le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Gouvernement du Québec, 2003, 40 p., accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Guide pour soutenir une première transition scolaire de qualité*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 14 p., accessible en ligne: http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/GuideSoutenirPremiereTransScolQualite_f.pdf.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Guide pour soutenir une transition scolaire de qualité vers le secondaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 18 p., accessible en ligne: http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Guide_SoutenirTransitionScolaireQualiteVersSec.pdf.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Phase II de la stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées 2014-2018 - cahier de consultation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2013, 12 p., accessible en ligne: http://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/ADMIN_strategie_handicapes_cahier_consultation.pdf.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS. *Programme éducatif* (en ligne), <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/services-de-garde/cpe-garderies/programme-educatif/programme-educatif/Pages/index.aspx>.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE. *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec - Une vision partagée pour des interventions concertées*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 29 p., accessible en ligne: <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/Favoriser-le-developpement-global-des-jeunes-enfants-au-quebec.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 18 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001199/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Cadre de référence - Pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les collèges publics du Québec*, Québec, 2010, 28 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000735/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 57 p., accessible en ligne: <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/centredoc/NS19808.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Analyse différenciée selon les sexes dans le secteur de la santé et des services sociaux, Guide-mémoire*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Banque de documents de référence relatifs à la santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 75 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001320/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, Québec, Gouvernement du Québec, 2014, 207 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Comptes de la santé 2012-2013 2013-2014 2014-2015*, Gouvernement du Québec, 2015, 42 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001016/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 83 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000380/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*, Gouvernement du Québec, 2008, 16 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide de Gestion - Accès aux consultations spécialisées et aux services diagnostiques - Gestion intégrée de l'accès aux services spécialisés*, Gouvernement du Québec, 2012, 63 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 14 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000486/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 24 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La zone de performance* (en ligne), Québec, 2015, [la page Web n'est plus active].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 28 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001321/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*, Québec, Gouvernement du Québec, avril 2011, 54 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000672/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 97 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 46 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000381/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, 62 p., accessible en ligne: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=Od4d1b073a10b132749dfd96039bc13a.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide – Guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 74 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000752/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Prévention du suicide – Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 93 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000917/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre les problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec – Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*, Gouvernement du Québec, 2007, 68 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000987/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 124 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000695/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du Comité de travail interministériel sur la prestation des services de psychiatrie légale relevant du Code criminel*, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 226 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000694/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services sociaux généraux, Offre de services, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, Gouvernement du Québec, 2013, 70 p., accessible en ligne: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Normes du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario, mars 2011, 31 p., accessible en ligne: http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/pubf/mentalf/epi_program_standardsf.pdf.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale 2010-2015 – Le Québec mobilisé contre la pauvreté*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010, 52 p., accessible en ligne: <http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/plan-action/index.asp>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Stratégie nationale pour le maintien en emploi des personnes handicapées – État de la mise en œuvre et premiers résultats*, Québec, Gouvernement du Québec, 38 p., accessible en ligne: http://www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/strategie_nationale/publications.asp.

MONROE-DEVITA, M., L.L. MOSER et G.B. TEAGUE. The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT), dans M. P. McGovern et autres (sous la dir. de), *Implementing Evidence-based Practices in Behavioral Health*. Center City, (Minnesota), 2013, 192 p.

MOTTAGHIPOUR, Y., et A. BICKERTON. «The pyramid of family care: A framework for family involvement with adult mental health services», *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, vol. 4, no 3, 2005, p. 210-217.

MUNSEY, C. «Emerging adults: The in-between age», *American Psychological Association*, vol. 37, no 6, juin 2006, accessible en ligne: <http://www.apa.org/monitor/jun06/emerging.aspx>.

NADEAU, L. «Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties: La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux», *Santé mentale au Québec*, vol. 26, no 2, p. 7-21.

NATIONAL YOUTH MENTAL HEALTH FOUNDATION. *About headspace* (en ligne), Australie, 2014, <http://www.headspace.org.au/about-headspace/what-we-do/what-we-do>.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif*, Québec, Gouvernement du Québec, décembre 2013, 94 p., accessible en ligne: http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, mars 2012, 225 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, Préambule, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, no 2, p. 100, entré en vigueur le 7 avril 1948.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé mentale: renforcer notre action* (en ligne), 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, Bibliothèque de l'OMS, 2013, 52 p., accessible en ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1.

PHILLIPS, S.D., et autres. «Moving assertive community treatment into standard practice», *Psychiatric Services*, vol. 52, no 6, juin 2001, p. 771-779.

PIAT, M., et autres. «Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves: une étude descriptive», *Santé mentale au Québec*, vol. 33, no 2, 2008, p. 247-269.

PROGRAMME PAIRS AIDANTS RÉSEAU. *Les bénéfices apportés par le pair aidant*, 2013, 9 p., accessible en ligne: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/pa-benefices.pdf>.

PROTECTEUR DU CITOYEN. *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., c.P-38.001), Québec, 2011, 39 p.

PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport d'activités 2012-2013*, Québec, 2013, 148 p., accessible en ligne: <http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#9>.

PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport spécial du Protecteur: Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*. Québec, 2011, 77 p. et annexe.

PROVENCHER, H. *L'expérience de rétablissement: Vers la santé mentale complète*, Québec, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, 2013, 123 p.

RODRIGUEZ, L., et autres. *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté - Changer les perspectives*, Presses de l'Université du Québec, 2006, 336 p.

ROY, L., et A. CROCKER. *Itinérance et santé mentale - Ampleur du phénomène* (en ligne), mise à jour 28 juin 2012, <http://www.douglas.qc.ca/info/itinérance-et-santé-mentale>.

RUTTER, M. «Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling?», *Development and Psychopathology*, vol. 25, no 4, novembre 2013, p. 1201-1213.

SANTÉ CANADA. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations - Rapport sommaire*, Ottawa, 2015, 10 p.

SANTÉ CANADA. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, 2002, 111 p.

SCHULZE, B., et M.C. ANGERMEYER. «Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals», *Social Science & Medicine*, vol. 56, no 2, 2003, p. 299-312.

SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL. *L'intervention policière auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise - Plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015*, Montréal, 23 p., accessible en ligne: http://www.spmv.qc.ca/upload/documentations/Plan_strategique_sante_mentale_FINAL.pdf.

SHEPHERD, G., J. BOARDMAN et M. SLADE. *Making Recovery a Reality*, Sainsbury Centre for Mental Health, Londres, 2007, document traduit: *Faire du rétablissement une réalité*, Institut universitaire de santé mentale Douglas, Montréal, 2012, 43 p.

SMETANIN, P., et autres. *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*, Toronto, RiskAnalytica, pour la Commission de la Santé mentale du Canada, 2011, 199 p., accessible en ligne: https://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0.pdf.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Espace partenaires - Présentation d'AccèsLogis* (en ligne), Québec, 2014, http://www.habitation.gouv.qc.ca/espace_partenaires/groupe_de_ressources_techniques/groupe_de_ressources_techniques/programmes/acceslogis_quebec/developpement_dun_projet/presentation_dacceslogis.html.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Espace partenaires - Programme supplément au loyer (PSL)*, (en ligne), Québec, 2014, http://www.habitation.gouv.qc.ca/espace_partenaires/municipalites/municipalites_acceslogis_quebec/programmes/acceslogis_quebec/participation_financiere_de_base/programme_supplement_au_loyer_psl.html.

SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE. *Refer-o-scope - L'outil pour observer et agir avant la psychose* (en ligne), <https://www.refer-o-scope.com/accueil>.

STATISTIQUE CANADA. *Coup d'œil sur la santé - Les taux de suicide: un aperçu* (en ligne), Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>.

STUART, H. «Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health», *Canadian Public Policy*, vol. 31, no s1, p. 21-28.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, U.S. Public Health Service, Center for Mental Health Services, National Institutes of Mental Health, Rockville (Maryland), 1999, 494 p., accessible en ligne: <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Good Governance for Prison Health in the 21st Century: A Policy Brief on the Organization of Prison Health*, Copenhagen (Danemark), 2013, 32 p., accessible en ligne: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1.