

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE

2005-2010

« LA FORCE DES LIENS »

**Planification de la phase II
à Montréal**

Recueil des synthèses et recommandations

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

Juin 2008



PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN SANTÉ MENTALE

2005-2010

« LA FORCE DES LIENS »

**Planification de la phase II
à Montréal**

Recueil des synthèses et recommandations

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

Juin 2008

Rédaction

Johanne Trépanier, M.Sc.

Production

Direction des ressources humaines, information et planification
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

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

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2008

ISBN 978-2-89510-522-0 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-523-7 (version PDF)

©Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

À la section « documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

Page

SOMMAIRE	1
PARTIE I - SYNTHÈSE DE L'ENSEMBLE DES RECOMMANDATIONS	2
1. SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE	2
2. SERVICES DE SUIVI INTENSIF ET DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE DANS LA COMMUNAUTÉ	5
3. SERVICES D'URGENCE PSYCHIATRIQUE ET SERVICES DE CRISE POUR ADULTES	6
4. SERVICES DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES PERSONNES À HAUT RISQUE	7
PARTIE II – L'ORGANISATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTLE	9
1. SYNTHÈSE	9
2. RECOMMANDATIONS.....	11
PARTIE III – LES MESURES DE SUIVI INTENSIF ET DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE DANS LA COMMUNAUTÉ	14
1. SYNTHÈSE	14
2. RECOMMANDATIONS.....	15
PARTIE IV – L'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE PSYCHIATRIQUE ET DES SERVICES DE CRISE POUR ADULTES	16
1. SYNTHÈSE	16
2. RECOMMANDATIONS.....	17
PARTIE V - LES SERVICES DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES PERSONNES À HAUT RISQUE	19
1. SYNTHÈSE	19
2. RECOMMANDATIONS.....	20

SOMMAIRE

Dans le cadre du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 élaboré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en octobre 2005, une demande a été adressée à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Agence) pour produire un plan régional de mise en œuvre.

Dans son entente de gestion avec le MSSS, l'Agence s'est engagée à mettre en œuvre, à Montréal, le plan d'action ministériel en santé mentale « La Force des liens ».

Ce plan repose sur les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services de santé mentale. Les travaux de planification de la mise en œuvre de ce plan d'action sont répartis en 3 phases et se résument ainsi :

La phase 1 concerne essentiellement la mise en place des services de 1^{ère} ligne et l'identification des partenariats avec la 2^e ligne.

C'est au niveau de la phase 2, que sont abordés les services spécialisés en santé mentale :

- Les services résidentiels et de longue durée;
- Les mesures de suivi intensif et les mesures de soutien d'intensité variable dans la communauté;
- Les services d'urgence psychiatrique et services de crise pour adultes;
- Les services de prévention du suicide pour les personnes à haut risque;
- Les services de santé mentale destinés aux jeunes hébergés en centre jeunesse.

Quant à la phase 3, les travaux de planification débuteront au printemps 2008 et porteront sur :

- L'accessibilité au soutien aux études et au travail;
- La collaboration interprogramme;
- Le développement des liens et des services pour les problématiques de psychiatrie-justice.

Le document présenté se veut le reflet des actions entreprises par l'Agence avec ses partenaires dans la planification des travaux de la phase 2 du plan régional de mise en œuvre du plan d'action santé mentale. Il traduit les lignes directrices transmises par le MSSS et les principes directeurs approuvés par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2006.

Ce document synthèse regroupe les principaux points relatifs à chacun des thèmes et reproduit intégralement les stratégies régionales et pistes d'action retenues.

PARTIE I - SYNTHÈSE DE L'ENSEMBLE DES RECOMMANDATIONS

1. SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

RECOMMANDATIONS

La transformation des services résidentiels vers une formule plus souple et plus légère vise à accroître l'offre de logements autonomes avec soutien pour répondre aux besoins des utilisateurs. Elle doit permettre le recours au logement privé fourni dans la communauté et respecter le choix des usagers. Pour ce faire, une restructuration de l'offre de service résidentiel est à privilégier :

- À court terme
 - Maintenir le nombre total de places en ressources résidentielles en santé mentale à Montréal. Ces places comprennent les ressources gérées par les établissements gestionnaires et celles du réseau communautaire;
 - Maintenir le nombre de places destinées à l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif en réponse aux besoins des clientèles particulières présentant une ou des comorbidités pour lesquels des interventions conjointes avec d'autres programmes sont nécessaires;
 - Amorcer graduellement une restructuration du parc actuel de ressources qui nous amènera à une plus grande disponibilité de logements avec soutien continu et d'appartements supervisés en transformant un certain nombre de ressources d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré.
- À moyen terme et long terme
 - D'ici 2013, transformer 250 places d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés gérés par les établissements gestionnaires ;
 - Poursuivre les travaux jusqu'en 2018 en transformant 250 places supplémentaires d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 nouvelles places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés;
 - En 2013, évaluer l'avancement des travaux de transformation et revoir le plan d'action dans l'objectif d'atteindre, pour 2018, les cibles identifiées;
 - Maintenir la collaboration avec l'Office Municipal d'habitation de Montréal (OMHM) et la ville de Montréal dans le développement de projets concertés dans l'offre de logements par le biais du programme de logements sociaux et communautaires « Accès logis ». l'objectif visé est d'atteindre, en 2013, environ 100 logements sociaux et communautaires de plus gérés par les organismes communautaires, pour répondre aux besoins de la clientèle santé mentale à Montréal.
- Répondre aux besoins de service de la population adulte anglophone;
- Disposer des services de soutien sur une base continue;
- Mettre en place une organisation de services cliniques basée sur les soins partagés, dont le médecin traitant assure le suivi médical de la personne hébergée avec le soutien de l'équipe de santé mentale de 1^{er} ligne, du psychiatre répondant et, au besoin, des services spécialisés de 2^e ligne;
- Développer une complémentarité de service et une interface avec les équipes traitantes des établissements référents dans le processus de transformation des services en accompagnant le client dans le choix de la ressource adaptée à ses besoins et ses goûts;

- Planifier un mécanisme de coordination des étapes de réalisation de la transformation pour éviter les bris de service.

CONCERNANT LA GESTION DES SERVICES RÉSIDENIELS EN SANTÉ MENTALE

RECOMMANDATIONS

ATTENDU QUE :

- La consultation des partenaires favorise la gestion des ressources résidentielles par 2 établissements gestionnaires;
- Plusieurs des partenaires consultés ont recommandé que les 2 établissements gestionnaires des services résidentiels en santé mentale soient l'Institut universitaire Douglas et l'hôpital Louis-H. Lafontaine ;
- L'hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et l'hôpital du Sacré-Cœur ont indiqué leur intention de se retirer de la gestion de leurs ressources résidentielles en santé mentale;
- Le scénario recommandant la gestion par deux établissements gestionnaires répond favorablement aux attentes des utilisateurs de service et des partenaires concernant :
 - L'expertise de pointe développée dans la gestion des ressources résidentielles en santé mentale;
 - La capacité à adapter les services en réponse aux besoins en évolution de la clientèle;
 - Les besoins linguistiques et culturels des utilisateurs;
 - La disponibilité d'une masse critique de ressources résidentielles;
 - La cohésion et la constance dans l'application des règles de gestion clinique et financière.
- Les partenaires ont recommandé que les établissements gestionnaires soient en mesure de solutionner les éléments identifiés comme préoccupants ayant trait à la gestion actuelle des ressources résidentielles, soit :
 - L'équité dans l'offre de service entre les CSSS et les établissements référents;
 - La participation des partenaires au mécanisme de coordination de l'accès et au processus d'admission;
 - La stigmatisation engendrée par la gestion d'établissements à vocation psychiatrique.

L'AGENCE DE MONTRÉAL procédera à un appel d'offre spécifiant le scénario retenu pour la gestion des services résidentiels en santé mentale à Montréal, soit :

- La gestion des services résidentiels en santé mentale par deux établissements gestionnaires.

L'appel d'offre précisera les attentes envers les établissements gestionnaires et stipulera l'engagement des établissements à respecter les conditions suivantes :

- Chacun des établissements gestionnaires assume la gestion de ses ressources résidentielles;
- La mise en place d'un mécanisme de coordination de l'accès et d'un processus d'admission unifié (guichet unique d'accès) entre les 2 établissements;
- Le développement d'un ensemble des ressources diversifiées, accessibles et équitables en réponse aux besoins des clientèles des territoires des CSSS;
- Le partage de l'offre de service destinée aux clientèles particulières présentant une ou des comorbidités;
- Le respect du principe de responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS;
- La lutte contre la stigmatisation;

- Le dépôt d'un premier plan d'action visant une période de 5 ans et permettant d'atteindre les objectifs et les cibles de la gamme de services résidentiels.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE SUIVI DES TRANSFORMATIONS

L'Agence de Montréal devra:

- Mettre en place un comité régional d'accompagnement et d'orientation à la transformation des services résidentiels durant toute la période de transformation;
- Garantir le déploiement d'un mécanisme d'accès transparent et équitable des ressources pour répondre aux besoins de service de l'ensemble des utilisateurs de Montréal;
- S'assurer, avec les établissements gestionnaires, du développement d'un système d'information sur l'ensemble de la disponibilité de leurs ressources résidentielles.

En ce qui concerne le comité régional d'accompagnement et d'orientation :

1. Le comité, sous la responsabilité de l'Agence de Montréal, sera formé de représentants des partenaires suivants :
 - Établissements gestionnaires/Utilisateurs de service/CSSS/hôpitaux référents/organismes communautaires/ville de Montréal;
2. Le mandat du comité sera orienté sur:
 - Le suivi des recommandations du plan d'action montréalais en matière de services résidentiels en santé mentale;
 - Le monitoring de l'avancement des travaux de transformation;
 - Le respect de l'équité et la transparence du mécanisme d'accès;
 - Le monitoring et la performance du système d'admission;
 - Les recommandations des améliorations à apporter.

AUTRES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

Accréditation des ressources privées en santé mentale

- Initier une demande au législateur afin de modifier la loi concernant l'accréditation des résidences privées qui hébergent une clientèle avec des problèmes de santé mentale à ce qui a trait à :
 - La constitution d'un registre d'hébergement;
 - L'ajout de cette catégorie d'établissement au processus de certification.

Lutte contre la stigmatisation

- Mettre en place un processus de perception de la contribution de l'usager hébergé dans une ressource résidentielle gérée par l'établissement gestionnaire pour éviter toute stigmatisation.

Recensement des services offerts par les organismes communautaires

- Convenir avec le Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'Île de Montréal (RACOR) des moyens à mettre en place pour développer un système d'information sur les activités communautaires, notamment les services résidentiels en santé mentale.

2. SERVICES DE SUIVI INTENSIF ET DE SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE DANS LA COMMUNAUTÉ

RECOMMANDATIONS

L'Agence de Montréal, de concert avec ses partenaires, a privilégié les orientations qui suivent afin de baliser le développement, à Montréal, des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté.

- L'utilisation optimale des services cible une organisation hiérarchisée en identifiant les services de 1re ligne comme étant 1 « des services généraux offerts à toute la population et des services de 1re ligne spécialement destinés à la santé mentale ». Les services de soutien d'intensité variable font partie des services de 1re ligne;
- Pour leur part, les services de 2e ligne font appel 2 à « une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de 1re ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau ». Ainsi donc, les services de suivi intensif font partie intégrante des services de 2e ligne;
- Pour certaines clientèles, il serait pertinent que l'équipe de 2e ligne amorce les services de soutien d'intensité variable avec la participation du psychiatre. Cette phase de transition, a l'avantage de diminuer graduellement et d'adapter l'offre de service aux besoins des clients souffrant de troubles sévères graves. Ce modèle permet un passage plus en douceur auprès des services de 1re ligne pour la clientèle desservie et consolide le maintien d'une interrelation avec les équipes de soutien d'intensité variable de 1ère ligne et du médecin traitant;
- Relativement au soutien d'intensité variable, une reconnaissance et un soutien à l'offre de service du milieu communautaire sont réaffirmés. Ainsi, une portion du développement des services de soutien d'intensité variable sera assumée par les organismes communautaires, en collaboration avec les CSSS de leur territoire;
- Le développement des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable à Montréal sera actualisé de façon progressive; les premières démarches viseront des milieux réunissant un ensemble de caractéristiques propices au succès de l'implantation des programmes. Les CSSS disposant d'un centre hospitalier avec département de psychiatrie seront d'abord privilégiés, de même que le rehaussement d'équipes déjà en place.

¹ Plan d'action santé mentale 2005-2010. La Force des liens. MSSS. Page 24.

² Ibid page 24-25.

3. SERVICES D'URGENCE PSYCHIATRIQUE ET SERVICES DE CRISE POUR ADULTES

RECOMMANDATIONS

Les orientations régionales en matière de services d'urgence psychiatrique et services de crise pour adultes visent à :

- Poursuivre la mise en place de la ligne Info-social et les travaux de collaboration et d'arrimage avec les centres d'écoute et d'intervention de crise de Montréal, tel qu'amorcé;
- Accroître l'intervention mobile de crise pour les adultes par les centres de crise;
- Accroître l'accessibilité à de l'hébergement en centre de crise 24h/7jours;
- À l'urgence psychiatrique, porter une attention particulière à la durée moyenne de séjour des femmes sur civière;
- Implanter deux projets de démonstration en CSSS ayant un département de psychiatrie, en déployant une offre de service intégrée comportant notamment les éléments suivants :
 - Une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le centre de crise en liaison avec les omnipraticiens du territoire;
 - Une équipe de 2^e ligne avec urgence psychiatrique, hospitalisation et services externes
 - Du suivi intensif dans le milieu;
 - Des services de soutien d'intensité variable;
 - Un centre de crise en liaison étroite avec l'urgence;
 - L'accueil, le soutien et l'information destinés aux patients et à ses proches;
 - L'implication, la participation et l'encadrement du patient et de son entourage dans l'offre de service proposé qui les concernent.

Pour l'urgence psychiatrique :

- L'adaptation de l'aménagement des lieux physiques;
 - L'accueil, le soutien et l'information aux utilisateurs de service et leurs proches;
 - L'implication, la participation et l'encadrement des utilisateurs de service et leur entourage dans l'offre de service complémentaire proposé qui les concernent;
 - Une unité d'intervention brève pour admission;
 - Durée moyenne de séjour de 2 à 4 jours
 - Ratio de 4 à 6 lits pour 2 000 visites à l'urgence
 - Un service de crise à l'urgence. Ce service réfère à une réponse à la crise psychiatrique à l'urgence;
 - Une infirmière de liaison en santé mentale à l'urgence 7 jours et 7 soirs/semaine;
 - Un travailleur social à l'urgence.
- Évaluer les projets de démonstration à l'aide du tableau de bord stratégique en santé mentale, des indicateurs disponibles et des cibles ministérielles fixées.

4. SERVICES DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES PERSONNES À HAUT RISQUE

RECOMMANDATIONS

Une attention particulière sera apportée aux recommandations suivantes dans la priorisation de la mise en œuvre des recommandations régionales.

CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

- Mettre en place, sous la responsabilité de l'Agence, un mécanisme de monitoring régional de la clientèle à risque et des interventions à prioriser et à suivre par CSSS en matière de prévention du suicide. Une précision devra être apportée concernant le type d'indicateurs à retenir pour le suivi des interventions, le monitoring et le suivi des cohortes attendues :
 - Formation d'un comité régional représentant les différents partenaires (Agence, médecins, établissements incluant les Centre jeunesse, organismes communautaires, groupe de recherche et représentant d'usagers);
 - Développement et suivi annuel d'un tableau de bord composé d'indicateurs cibles choisis selon une analyse préalable des besoins d'information requise au suivi;
 - Mise à jour, diffusion régulière de l'état de situation des suicides et des tentatives de suicide à Montréal et collaboration au développement d'indicateurs à suivre pour connaître et suivre la population à risque;
 - Jumelage des indicateurs ciblés dans le plan commun de surveillance qui fait l'objet d'un suivi de la Direction de la santé publique de la région de Montréal avec les informations en provenance de différentes banques de données sociosanitaires (Med-Écho/RAMQ/I-CLSC/admission/décès/données des Centres jeunesse/rapport annuel des questionnaires de risque dans les établissements);
 - Utilisation des données existantes, avec l'appui du service de performance de l'Agence de santé de Montréal, dans le développement d'indicateurs et l'extraction des banques de données pour alimenter les indicateurs retenus.

INTERVENTION PRÉVENTIVE ET INTERVENTION EN PÉRIODE DE CRISE SUICIDAIRE

Activités de support aux médecins dans le suivi de la clientèle :

- Proposer et favoriser l'implantation sur un territoire de CSSS, d'un projet visant le support médical destiné à l'ensemble des médecins dans le suivi de la clientèle :
 - Sensibilisation des médecins à la problématique
 - Outils de dépistage communs
 - Identification des ressources et des activités des partenaires
 - Mécanismes de référence
 - Formation

FORMATION

Mettre en place un plan régional de formation générique et spécifique développé avec la collaboration des partenaires et l'Institut universitaire Douglas.

MÉCANISME DE LIAISON/COORDINATION

Concernant le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé : (Protocole Marco)

- Assurer une gestion régionale de la coordination du mécanisme de liaison pour le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé;
- Tenir compte de l'ensemble des recommandations de l'évaluation du protocole Marco;
- Mettre en place un protocole régional qui intègre les services aux jeunes

PARTIE II – L'ORGANISATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

1. SYNTHÈSE

Lignes directrices du plan d'action santé mentale « La Force des liens »

- Ajuster les services traditionnellement offerts aux besoins des personnes qui les utilisent;
- Des ajustements s'imposent quant au nombre de places dans des logements avec soutien, qui est de loin inférieur au nombre recommandé dans les normes reconnues;
- Dans l'avenir, des réaménagements sont nécessaires pour accroître l'offre de logements autonomes avec soutien;
- Les ASSS devront procéder à des modifications ou des réorganisations de ressources résidentielles pour répondre aux cibles fixées (115 places/100 000 de population);
- Les ASSS, en collaboration avec leurs partenaires devront faire la promotion du logement autonome pour les personnes ayant un trouble mental;
- Les CSSS devront mettre en place des services de soutien aux personnes vivant en logement autonome.

Un accent important est mis sur la notion de rétablissement qui implique la prise de contrôle des utilisateurs sur leur vie et leur maladie en les associant à l'élaboration des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins

Portrait des ressources actuelles : constats

- Grande variété de ressources à Montréal en réponse à une clientèle en besoin de service individualisé : 3 488 places d'hébergement dont 3 215 à Montréal;
- L'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif représente à Montréal 28 % de l'ensemble des ressources et se situe principalement à l'Hôpital Louis H. Lafontaine;
- L'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré regroupe 58% de l'ensemble des ressources actuelles à Montréal;
- Le logement avec soutien continu et appartement supervisé ne représente que 14% des places d'hébergement à Montréal;
- Développement inégal de la gamme de services résidentiels entre les 5 établissements gestionnaires;
- 32% de la clientèle hébergée a un historique d'hébergement de plus de 10 ans;
- 18% de la clientèle est âgée de 65 ans et plus;
- Un total de 339 personnes en perte d'autonomie ont été répertoriées dans les ressources résidentielles et feront l'objet d'une évaluation standardisée de leur autonomie fonctionnelle au moyen d'un outil informatique;
- Près de 30 % de la clientèle hébergée présente une ou des comorbidités et nécessite une ressource adaptée à ses besoins;
- 8% des places d'hébergement se situent hors-région et principalement dans la région de Laval;

- Les activités de soutien ou de supervision et les services d'hébergement ou de logements autonomes avec soutien offerts par les organismes communautaires en santé mentale sont sous-estimés et font actuellement l'objet d'un recensement. Une première analyse des services dénombre 1907 personnes hébergées dans des ressources gérées par les organismes communautaires dont 675 personnes sont hébergées sous contrat avec les établissements gestionnaires;
- Aucune loi concernant l'accréditation des ressources privées qui hébergent une clientèle santé mentale n'est actuellement en application. L'Agence n'a pas de pouvoir légal concernant la certification de conformité à des critères sociosanitaires et le processus d'évaluation des ressources privées en santé mentale. La nouvelle loi 83 a délégué ses pouvoirs uniquement pour les ressources privées qui hébergent des personnes âgées;
- Selon les informations reçues de l'Office municipal d'habitation de Montréal et du Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes à Montréal (RAPSIM), la désinstitutionnalisation entreprise dans les années 1980 a contribué à gonfler le nombre de personnes souffrant le plus souvent de détresse psychologique à la recherche d'un loyer à prix modique convenant à leurs faibles revenus. À ce jour, près de 23 000 ménages auraient besoin d'une habitation à prix modique alors que seulement 2 000 unités se libèrent chaque année.

Une inquiétude persiste quant à la réponse aux nouveaux besoins qu'implique la réorganisation des services résidentiels en santé mentale ajoutée aux besoins de ces personnes actuellement en attente d'un logement.

Cibles ministérielles et situations régionales

- Les cibles ministérielles prévues par le MSSS concernant les services résidentiels sont utilisées pour l'ensemble de la clientèle santé mentale adulte âgée de 18 à 64 ans qui ne présente pas de comorbidité pour laquelle des interventions conjointes avec d'autres programmes sont nécessaires.

Pour les clientèles présentant une ou des comorbidités desservies dans les ressources résidentielles gérées par les établissements gestionnaires, aucune cible précise n'a été retenue. Montréal devra s'assurer, dans la planification de la phase 3 de la mise en œuvre du plan d'action ministériel en santé mentale, d'offrir une réponse adaptée aux besoins des clientèles suivantes en fonction des demandes :

- La clientèle présentant une perte d'autonomie;
- Les personnes présentant un trouble de comportement;
- Les personnes présentant une déficience intellectuelle;
- Les personnes présentant des troubles concomitants liés à la justice ou à un problème de dépendance.

2. RECOMMANDATIONS

ORIENTATIONS RÉGIONALES À PRIVILÉGIER CONCERNANT LA TRANSFORMATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS

La transformation des services résidentiels vers une formule plus souple et plus légère vise à accroître l'offre de logements autonomes avec soutien pour répondre aux besoins des utilisateurs. Elle doit permettre le recours au logement privé fourni dans la communauté et respecter le choix des usagers. Pour ce faire, une restructuration de l'offre de service résidentiel est à privilégier :

- À court terme
 - Maintenir le nombre total de places en ressources résidentielles en santé mentale à Montréal. Ces places comprennent les ressources gérées par les établissements gestionnaires et celles du réseau communautaire;
 - Maintenir le nombre de places destinées à l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif en réponse aux besoins des clientèles particulières présentant une ou des comorbidités pour lesquels des interventions conjointes avec d'autres programmes sont nécessaires;
 - Amorcer graduellement une restructuration du parc actuel de ressources qui nous amènera à une plus grande disponibilité de logements avec soutien continu et d'appartements supervisés en transformant un certain nombre de ressources d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré.
- À moyen terme et long terme
 - D'ici 2013, transformer 250 places d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés gérés par les établissements gestionnaires;
 - Poursuivre les travaux jusqu'en 2018 en transformant 250 places supplémentaires d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré pour créer 425 nouvelles places destinées au logement avec soutien continu et appartements supervisés;
 - En 2013, évaluer l'avancement des travaux de transformations et revoir le plan d'action dans l'objectif d'atteindre, pour 2018, les cibles identifiées;
 - Maintenir la collaboration avec l'Office Municipal d'habitation de Montréal (OMHM) et la ville de Montréal dans le développement de projets concertés dans l'offre de logements par le biais du programme de logements sociaux et communautaires « Accès logis ». l'objectif visé est d'atteindre, en 2013, environ 100 logements sociaux et communautaires de plus gérés par les organismes communautaires, pour répondre aux besoins de la clientèle santé mentale à Montréal.
- Répondre aux besoins de service de la population adulte anglophone;
- Disposer des services de soutien sur une base continue;
- Mettre en place une organisation de services cliniques basée sur les soins partagés, dont le médecin traitant assure le suivi médical de la personne hébergée avec le soutien de l'équipe de santé mentale de 1^{re} ligne, du psychiatre répondant et, au besoin, des services spécialisés de 2^e ligne;
- Développer une complémentarité de service et une interface avec les équipes traitantes des établissements référents dans le processus de transformation des services en accompagnant le client dans le choix de la ressource adaptée à ses besoins et ses goûts;
- Planifier un mécanisme de coordination des étapes de réalisation de la transformation pour éviter les bris de service.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA GESTION DES SERVICES RÉSIDENIELS EN SANTÉ MENTALE**ATTENDU QUE :**

- La consultation des partenaires favorise la gestion des ressources résidentielles par 2 établissements gestionnaires;
- Plusieurs des partenaires consultés ont recommandé que les 2 établissements gestionnaires des services résidentiels en santé mentale soient l'Institut universitaire Douglas et l'hôpital Louis-H. Lafontaine ;
- L'hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et l'hôpital du Sacré-Cœur ont indiqué leur intention de se retirer de la gestion de leurs ressources résidentielles en santé mentale;
- Le scénario recommandant la gestion par deux établissements gestionnaires répond favorablement aux attentes des utilisateurs de service et des partenaires concernant :
 - L'expertise de pointe développée dans la gestion des ressources résidentielles en santé mentale;
 - La capacité à adapter les services en réponse aux besoins en évolution de la clientèle;
 - Les besoins linguistiques et culturels des utilisateurs;
 - La disponibilité d'une masse critique de ressources résidentielles;
 - La cohésion et la constance dans l'application des règles de gestion clinique et financière.
- Les partenaires ont recommandé que les établissements gestionnaires soient en mesure de solutionner les éléments identifiés comme préoccupants ayant trait à la gestion actuelle des ressources résidentielles, soit :
 - L'équité dans l'offre de service entre les CSSS et les établissements référents;
 - La participation des partenaires au mécanisme de coordination de l'accès et au processus d'admission;
 - La stigmatisation engendrée par la gestion d'établissements à vocation psychiatrique.

L'AGENCE DE MONTRÉAL procédera à un appel d'offre spécifiant le scénario retenu pour la gestion des services résidentiels en santé mentale à Montréal, soit :

- La gestion des services résidentiels en santé mentale par deux établissements gestionnaires.

L'appel d'offre précisera les attentes envers les établissements gestionnaires telles qu'identifiées à l'annexe 10 du présent document et stipulera l'engagement des établissements à respecter les conditions suivantes :

- Chacun des établissements gestionnaires assume la gestion de ses ressources résidentielles;
- La mise en place d'un mécanisme de coordination de l'accès et d'un processus d'admission unifié (guichet unique d'accès) entre les 2 établissements;
- Le développement d'un ensemble des ressources diversifiées, accessibles et équitables en réponse aux besoins des clientèles des territoires des CSSS;
- Le partage de l'offre de service destinée aux clientèles particulières présentant une ou des comorbidités;
- Le respect du principe de responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS;
- La lutte contre la stigmatisation;
- Le dépôt d'un premier plan d'action visant une période de 5 ans et permettant d'atteindre les objectifs et les cibles de la gamme de services résidentiels.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE SUIVI DES TRANSFORMATIONS

L'Agence de Montréal devra:

- Mettre en place un comité régional d'accompagnement et d'orientation à la transformation des services résidentiels durant toute la période de transformation;
- Garantir le déploiement d'un mécanisme d'accès transparent et équitable des ressources pour répondre aux besoins de service de l'ensemble des utilisateurs de Montréal;
- S'assurer, avec les établissements gestionnaires, du développement d'un système d'information sur l'ensemble de la disponibilité de leurs ressources résidentielles.

En ce qui concerne le comité régional d'accompagnement et d'orientation :

1. Le comité, sous la responsabilité de l'Agence de Montréal, sera formé de représentants des partenaires suivants :
 - Établissements gestionnaires/Utilisateurs de service/CSSS/hôpitaux référents/organismes communautaires/ville de Montréal;
2. Le mandat du comité sera orienté sur:
 - Le suivi des recommandations du plan d'action montréalais en matière de services résidentiels en santé mentale;
 - Le monitoring de l'avancement des travaux de transformation;
 - Le respect de l'équité et la transparence du mécanisme d'accès;
 - Le monitoring et la performance du système d'admission;
 - Les recommandations des améliorations à apporter.

AUTRES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES SERVICES RÉSIDENTIELS EN SANTÉ MENTALE

Accréditation des ressources privées en santé mentale

- Initier une demande au législateur afin de modifier la loi concernant l'accréditation des résidences privées qui hébergent une clientèle avec des problèmes de santé mentale à ce qui a trait à :
 - La constitution d'un registre d'hébergement;
 - L'ajout de cette catégorie d'établissement au processus de certification.

Lutte contre la stigmatisation

- Mettre en place un processus de perception de la contribution de l'usager hébergé dans une ressource résidentielle gérée par l'établissement gestionnaire pour éviter toute stigmatisation.

Recensement des services offerts par les organismes communautaires

- Convenir avec le Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale de l'Île de Montréal (RACOR) des moyens à mettre en place pour développer un système d'information sur les activités communautaires, notamment les services résidentiels en santé mentale.

PARTIE III – LES MESURES DE SUIVI INTENSIF ET DE SOUTIEN D’INTENSITÉ VARIABLE DANS LA COMMUNAUTÉ

1. SYNTHÈSE

Description et portrait des services

- *Suivi intensif intégré dans la communauté (2^e ligne) :*

Ce service spécialisé est dispensé habituellement dans les centres hospitaliers, et est offert dans une perspective de réadaptation aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. Il nécessite la mise en place d’une équipe interdisciplinaire d’intervenants qualifiés (10 à 12 ETC), et la fréquence des rencontres entre les usagers et les intervenants peut varier de 2 à 3 fois par semaine jusqu’à 7 fois par semaine. Six hôpitaux montréalais et un organisme communautaire offrent ce service. Compte tenu du nombre d’intervenants dans les équipes actuelles, le suivi de cette clientèle diffère d’une organisation de service à une autre.

- *Soutien d’intensité variable dans la communauté (1^{ère} ligne) :*

Ce service s’adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres, et vise le développement des aptitudes individuelles ainsi que le soutien des personnes dans la réintégration de leur rôle en société. Les services sont dispensés presque exclusivement dans le milieu de vie par une équipe de 4 à 5 intervenants spécialisés en santé mentale, coordonnés par un intervenant pivot dont le rôle est majeur auprès de l’usager. Les 12 CSSS ainsi que 5 hôpitaux, offrent ce service. La fréquence des rencontres avec le client est variable dans le temps et peut se situer entre 2 et 7 rencontres par mois.

- *Suivi alternatif communautaire :*

Ce service est une forme de soutien d’intensité variable, qui s’appuie sur une philosophie propre aux organismes communautaires et alternatifs en santé mentale qui le dispensent. Il s’adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres que celles nécessitant un suivi intensif. À Montréal, 8 organismes communautaires et alternatifs en santé mentale offrent ce suivi.

Les cibles ministérielles pour l’ensemble du Québec en 2010 :

- Répondre à 75 % des besoins en matière de suivi intensif dans la communauté;
- Répondre à 100 % des besoins relatifs au soutien d’intensité variable dans la communauté;
- Assurer la présence de pairs aidants au sein de 30 % des équipes d’ici 5 ans.

2. RECOMMANDATIONS

L'Agence de Montréal, de concert avec ses partenaires, a privilégié les orientations qui suivent afin de baliser le développement, à Montréal, des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté.

- L'utilisation optimale des services cible une organisation hiérarchisée en identifiant les services de 1re ligne comme étant 3 « des services généraux offerts à toute la population et des services de 1re ligne spécialement destinés à la santé mentale ». Les services de soutien d'intensité variable font partie des services de 1re ligne;

Pour leur part, les services de 2e ligne font appel 4 à « une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de 1re ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau ». Ainsi donc, les services de suivi intensif font partie intégrante des services de 2e ligne;

- Pour certaines clientèles, il serait pertinent que l'équipe de 2e ligne amorce les services de soutien d'intensité variable avec la participation du psychiatre. Cette phase de transition, a l'avantage de diminuer graduellement et d'adapter l'offre de service aux besoins des clients souffrant de troubles sévères graves. Ce modèle permet un passage plus en douceur auprès des services de 1re ligne pour la clientèle desservie et consolide le maintien d'une interrelation avec les équipes de soutien d'intensité variable de 1ère ligne et du médecin traitant;
- Relativement au soutien d'intensité variable, une reconnaissance et un soutien à l'offre de service du milieu communautaire sont réaffirmés. Ainsi, une portion du développement des services de soutien d'intensité variable sera assumée par les organismes communautaires, en collaboration avec les CSSS de leur territoire;
- Le développement des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable à Montréal sera actualisé de façon progressive; les premières démarches viseront des milieux réunissant un ensemble de caractéristiques propices au succès de l'implantation des programmes. Les CSSS disposant d'un centre hospitalier avec département de psychiatrie seront d'abord privilégiés, de même que le rehaussement d'équipes déjà en place.

ENJEUX ET CONDITIONS DE SUCCÈS

L'atteinte de l'accroissement des ratios visés pour 2010 représente un défi selon la situation actuelle. Pour assurer l'atteinte des résultats visés par le plan d'action en santé mentale et, dans l'optique d'optimiser l'efficacité des services de 1re ligne et de 2e ligne, certaines conditions doivent être mises en place :

- Développer des services basés sur le rétablissement des personnes et travailler en étroite collaboration avec le développement des services adaptés au choix et à la condition du client;
- Assurer la participation active du client tout au long de son processus de rétablissement;
- Favoriser l'implication des membres de l'entourage du client au processus d'intégration sociale;
- Implanter dans chaque territoire local une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne pour les jeunes et une équipe pour les adultes dotées de ressources humaines suffisantes et qualifiées;
- Planifier les effectifs médicaux selon les besoins territoriaux;
- Mettre en œuvre des pratiques de soins partagés interdisciplinaires;
- Identifier dans chacun des CSSS un guichet d'accès aux services;
- Implanter des mesures d'intégration sociale;
- Développer des ententes de service claires entre les partenaires.

³ Plan d'action santé mentale 2005-2010. La Force des liens. MSSS. Page 24.

⁴ Ibid page 24-25.

PARTIE IV – L'ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE PSYCHIATRIQUE ET DES SERVICES DE CRISE POUR ADULTES

1. SYNTHÈSE

Description et portrait des services

- 4 centres hospitaliers de soins psychiatriques sont présents sur l'Île de Montréal, dont 2 possèdent un service d'urgence;
- 13 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) offrent des services d'urgence ainsi que des lits en psychiatrie. Dans certains d'entre eux, une infirmière clinicienne de liaison en santé mentale est présente dans le service des urgences. Les modalités d'exercice de ces infirmières sont très variables en fonction des CHSGS;
- 7 centres de crise offrent des services téléphoniques d'intervention de crise 24h/7jours ainsi que des services d'intervention sur les lieux de la crise selon des plages horaires prédéterminées. Ils disposent en moyenne de 7 à 9 places d'hébergement de crise (horaires d'admission variables) et offrent des services de suivi post-crise pendant 1 à 3 mois. Les taux annuels d'occupation varient de 50 % à 75 % en fonction des centres de crise.
- À l'urgence :
 - La majorité des patients sont accompagnés par un membre de leur entourage;
 - Le volume de patients sur civière pour une problématique de santé mentale tend à augmenter depuis les 3 dernières années, alors que la durée moyenne de séjour (DMS) diminue graduellement, ainsi que le pourcentage moyen de séjour de 48 heures ou plus sur civière;
 - La proportion des hommes est toujours supérieure à celle des femmes pour les personnes sur civière, mais la DMS des femmes est plus élevée que celle des hommes.

Cinq éléments sont incontournables dans l'organisation des services d'urgence psychiatrique et des services de crise :

- Mise en place d'un service d'intervention téléphonique 24h/7jours;
- Mise en place d'un service d'intervention de crise « face à face » 24h/7jours qui assurerait, entre autres, la liaison avec les partenaires;
- Accès à des places d'hébergement de crise;
- Systématisation du suivi de crise à très court terme;
- Présence d'un service hospitalier d'urgence.

Un accent très fort est mis sur la notion de liaison et de complémentarité entre les différents services offerts en 1^{re} ligne, 2^e ligne, et par les organismes communautaires :

- Présence d'une infirmière de liaison formée en santé mentale à l'urgence (infirmière clinicienne de liaison en santé mentale pour les urgences de niveaux secondaire et tertiaire recevant plus de 2 000 visites par an de patients sur civière souffrant d'un problème de santé mentale);
- Développement d'un réseau intégré en santé mentale par territoire de CSSS;
- Réalisation des transferts de patients à l'intérieur de 5 jours entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne;

- Mise en place de mécanismes de liaison visant la complémentarité entre les organismes communautaires et les services d'urgence (en amont et en aval de la crise);
- Participation et implication de l'utilisateur et de ses proches dans la mise en place de liens et de complémentarités de service qui les concernent.

Les services d'urgence psychiatrique se doivent de respecter des éléments précis :

- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence pour un patient présentant un problème de santé mentale doit être inférieure à 12 heures;
- Il ne doit y avoir aucun séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un patient présentant un problème de santé mentale;
- Respect de l'application des protocoles suivants :
 - Encadrement de l'utilisation de la contention
 - Encadrement de l'utilisation de l'isolement
- Aménagement adapté des lieux physiques de l'urgence dans le but d'en accroître la sécurité et l'humanité;
- Accueil, soutien et information du patient et de ses proches;
- Mise en place d'unités d'interventions brèves, qui sont en lien avec les services de soutien communautaire après la crise.

Les centres de crise doivent développer leurs services afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle de santé mentale :

- Recentrer une partie de leur rôle en amont de la crise et développer des liens plus étroits et complémentaires avec les urgences des hôpitaux;
- Rendre accessibles des services permettant de désamorcer la crise en évitant les urgences des hôpitaux;
- Revoir les processus organisationnels afin de gagner en efficacité;
- Développer le réseautage avec les associations de famille du territoire.

Les services suivants doivent être offerts aux personnes à potentiel suicidaire élevé :

- Intervention téléphonique 24h/7jours;
- Intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance);
- Intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté;
- Services de postvention et services pour les endeuillés;
- Diffusion d'information et soutien aux proches.

2. RECOMMANDATIONS

Les orientations régionales en matière de services d'urgence psychiatrique et services de crise pour adultes visent à :

- Poursuivre la mise en place de la ligne Info-social et les travaux de collaboration et d'arrimage avec les centres d'écoute et d'intervention de crise de Montréal, tel qu'amorcé;
- Accroître l'intervention mobile de crise pour les adultes par les centres de crise;

- Accroître l'accessibilité à de l'hébergement en centre de crise 24h/7jours;
 - À l'urgence psychiatrique, porter une attention particulière à la durée moyenne de séjour des femmes sur civière;
 - Implanter deux projets de démonstration en CSSS ayant un département de psychiatrie, en déployant une offre de service intégrée comportant notamment les éléments suivants :
 - Une équipe de santé mentale de 1^{re} ligne et le centre de crise en liaison avec les omnipraticiens du territoire;
 - Une équipe de 2^e ligne avec urgence psychiatrique, hospitalisation et services externes;
 - Du suivi intensif dans le milieu;
 - Des services de soutien d'intensité variable;
 - Un centre de crise en liaison étroite avec l'urgence;
 - L'accueil, le soutien et l'information destinés aux patients et à ses proches;
 - L'implication, la participation et l'encadrement du patient et de son entourage dans l'offre de service proposé qui les concernent.
- Pour l'urgence psychiatrique :
- L'adaptation de l'aménagement des lieux physiques;
 - L'accueil, le soutien et l'information aux utilisateurs de service et leurs proches;
 - L'implication, la participation et l'encadrement des utilisateurs de service et leur entourage dans l'offre de service complémentaire proposé qui les concernent;
 - Une unité d'intervention brève pour admission :
 - Durée moyenne de séjour de 2 à 4 jours;
 - Ratio de 4 à 6 lits pour 2 000 visites à l'urgence;
 - Un service de crise à l'urgence. Ce service réfère à une réponse à la crise psychiatrique à l'urgence;
 - Une infirmière de liaison en santé mentale à l'urgence 7 jours et 7 soirs/semaine;
 - Un travailleur social à l'urgence.
- Évaluer les projets de démonstration à l'aide du tableau de bord stratégique en santé mentale, des indicateurs disponibles et des cibles ministérielles fixées.

PARTIE V - LES SERVICES DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LES PERSONNES À HAUT RISQUE

1. SYNTHÈSE

Lignes directrices du plan d'action santé mentale « La Force des liens »

- Accorder principalement une priorité aux mesures ciblant l'intervention auprès des hommes en situation de vulnérabilité et aux personnes à potentiel suicidaire élevé en concentrant les efforts en intensité et en durée sur quelques objectifs à la fois;
- Développer une intervention globale, intense et durable fondée sur l'engagement soutenu d'un grand nombre d'acteurs dans l'organisation des services.

Les services

- L'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté;
- Les services de première ligne en santé mentale et le soutien d'intensité variable;
- L'intervention téléphonique 24 heures/7 jours;
- L'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance);
- La diffusion d'informations et le soutien offert aux proches;
- Les services de postvention et les services pour les endeuillés.

Constats de la situation actuelle

Montréal possède une variété de ressources qui travaillent auprès des personnes suicidaires. Malgré les efforts de concertation, les constats suivants ont été soulignés :

- Méconnaissance des services d'aide;
- Difficulté à diagnostiquer des troubles mentaux en 1^{re} ligne;
- Nombreuses grilles et outils d'évaluation du potentiel suicidaire utilisés qui ne peuvent se substituer au jugement clinique;
- Peu de recherche sur les facteurs de protection et l'intervention psychosociale;
- Peu d'étude sur l'efficacité des systèmes et des interventions actuelles;
- Manque de lien et de coordination entre les centres de crise, le centre de prévention du suicide et les hôpitaux.

Situation préoccupante des personnes âgées

Le rapport de consultation publique sur les conditions de vie des aînés « Préparons l'avenir avec nos aînés », paru le 5 mars 2008, a clairement fait ressortir le problème de la détresse psychologique et du suicide chez les personnes âgées. Les stéréotypes et les préjugés à l'égard des personnes âgées intensifient leur détresse. Selon la ministre responsable des aînés, il faut changer le regard que la société porte sur la vieillesse, faire la promotion d'une image positive du vieillissement et offrir des formations et des ateliers aux proches et au personnel travaillant auprès des personnes âgées afin qu'ils puissent mieux détecter la détresse et intervenir à ce sujet.

2. RECOMMANDATIONS

PRIORISATION DES RECOMMANDATIONS RÉGIONALES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Une attention particulière sera apportée aux recommandations suivantes dans la priorisation de la mise en œuvre des recommandations régionales.

CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

- Mettre en place, sous la responsabilité de l'Agence, un mécanisme de monitoring régional de la clientèle à risque et des interventions à prioriser et à suivre par CSSS en matière de prévention du suicide. Une précision devra être apportée concernant le type d'indicateurs à retenir pour le suivi des interventions, le monitoring et le suivi des cohortes attendues :
 - Formation d'un comité régional représentant les différents partenaires (Agence, médecins, établissements incluant les Centre jeunesse, organismes communautaires, groupe de recherche et représentant d'usagers);
 - Développement et suivi annuel d'un tableau de bord composé d'indicateurs cibles choisis selon une analyse préalable des besoins d'information requise au suivi;
 - Mise à jour, diffusion régulière de l'état de situation des suicides et des tentatives de suicide à Montréal et collaboration au développement d'indicateurs à suivre pour connaître et suivre la population à risque;
 - Jumelage des indicateurs ciblés dans le plan commun de surveillance qui fait l'objet d'un suivi de la Direction de la santé publique de la région de Montréal avec les informations en provenance de différentes banques de données sociosanitaires (Med-Écho/RAMQ/I-CLSC/admission/décès/données des Centres jeunesse/rapport annuel des gestionnaires de risque dans les établissements);
 - Utilisation des données existantes, avec l'appui du service de performance de l'Agence de santé de Montréal, dans le développement d'indicateurs et l'extraction des banques de données pour alimenter les indicateurs retenus.

INTERVENTION PRÉVENTIVE ET INTERVENTION EN PÉRIODE DE CRISE SUICIDAIRE

Activités de support aux médecins dans le suivi de la clientèle :

- Proposer et favoriser l'implantation sur un territoire de CSSS, d'un projet visant le support médical destiné à l'ensemble des médecins dans le suivi de la clientèle :
 - Sensibilisation des médecins à la problématique;
 - Outils de dépistage communs;
 - Identification des ressources et des activités des partenaires;
 - Mécanismes de référence;
 - Formation.

FORMATION

Mettre en place un plan régional de formation générique et spécifique développé avec la collaboration des partenaires et l'Institut universitaire Douglas.

MÉCANISME DE LIAISON/COORDINATION

Concernant le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé : (Protocole Marco)

- Assurer une gestion régionale de la coordination du mécanisme de liaison pour le suivi étroit des personnes à potentiel suicidaire élevé;
- Tenir compte de l'ensemble des recommandations de l'évaluation du protocole Marco;
- Mettre en place un protocole régional qui intègre les services aux jeunes et aux adultes.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 