

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« *SANTÉ MENTALE - ADULTES* »

Direction de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie

Juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DU CONTINUUM « SANTÉ MENTALE - ADULTES »	5
<i>Typologie des services</i>	7
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	8
<i>Carte stratégique</i>	9
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	22
<i>Tableau synthèse</i>	24
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
LISTE DES COLLABORATEURS	28

INTRODUCTION

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de

la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Santé mentale - adultes ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « SANTÉ MENTALE - ADULTES »

L'importance du fardeau des maladies mentales (mortalité, durée de l'invalidité, etc.) est très élevée. Elles se situent en seconde place, tout juste après les maladies cardiovasculaires et avant les cancers. En fait, les taux de prévalence indiquent qu'une personne sur cinq (20 % de la population) souffrira d'un problème de santé mentale cliniquement diagnosticable au cours d'une période d'un an. Faute de traitement, les adultes risquent de traîner leur mal toute leur vie et d'amener leur entourage dans la spirale de la détresse.

Le nombre d'années de vie en bonne santé perdues en raison de problèmes de santé mentale tend à s'accroître de manière importante. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression deviendra la première cause d'invalidité dans les pays industrialisés d'ici 2020.

La clientèle cible du continuum d'intervention « Santé mentale — adultes » se compose de la population en général des personnes de 18 ans et plus, de celle à risque ou aux prises avec des troubles modérés de santé mentale (incluant la dépression majeure), des personnes à risque ou avec un potentiel suicidaire élevé, des personnes en crise incluant le suicide, des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (incluant les problématiques associées) et nécessitant un soutien de longue durée dans la communauté ainsi que les familles et l'entourage de ces personnes.

En plus d'identifier des clientèles, le continuum santé mentale cible également des milieux de vie, tels que celui des services de santé et sociaux ainsi que des milieux plus spécifiques, tels que les milieux de travail, les Cégeps, les milieux de formation aux adultes et les communautés urbaines et rurales. C'est dans cette perspective d'intervention sur plusieurs clientèles et à plusieurs niveaux que s'inscrit le continuum d'intervention « Santé mentale — adultes ».

CONTEXTE HISTORIQUE DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

En prenant en considération les orientations provinciales, régionales et sous-régionales adoptées dans le cadre de l'élaboration et de l'implantation des réseaux de services intégrés santé mentale/suicide durant la période s'échelonnant de 1998-2004¹, les partenaires concernés ont mis progressivement de l'avant une trajectoire globale de services comprenant cinq points d'ancrage pour répondre à la diversité des besoins identifiés des populations cibles et des différents milieux :

¹ Documents élaborés par les partenaires des sept sous-régions pour la mise en place des réseaux de services intégrés pour les adultes aux prises avec des troubles mentaux (1998-2006) et les travaux effectués dans le cadre du Plan d'action montérégien en prévention du suicide.

- 1) Les services préventifs pour la population adulte en général et des activités pour les sous-groupes les plus vulnérables, telles que les pratiques cliniques préventives et les réseaux sentinelles.
- 2) Les services généraux et psychosociaux ainsi que les soins médicaux généraux destinés à l'ensemble de la population.
- 3) Les services de 1^{ère} ligne pour les adultes aux prises avec des troubles mentaux, incluant les soins partagés qui constituent une modalité pour la mise en place de la hiérarchisation des services.
- 4) Les services de 1^{ère} ligne d'urgence, de crise, incluant le suicide et le soutien aux adultes à potentiel suicidaire élevé.
- 5) Les mesures de soutien pour les adultes aux prises avec des troubles graves incluant les problématiques associées et nécessitant un soutien de longue durée dans la communauté.

D'autre part, pour assurer l'accessibilité, la globalité et la continuité des services selon la trajectoire globale de services, nous retenons les priorités des programmations sous-régionales ainsi que les orientations du Plan d'action santé mentale 2005-2010 et celles du Programme national de santé publique :

- 1) La préoccupation constante de permettre aux personnes concernées de participer activement aux choix des services et des moyens qui les aideront à atteindre leurs buts personnels et à réaliser leur plein potentiel.
- 2) La hiérarchisation des soins médicaux, la mise en place de projets de soins partagés incluant la consolidation des services de 1^{ère} ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux.
- 3) La poursuite de la mise en place des services de proximité dans les milieux de vie des adultes aux prises avec un trouble mental grave ou suicidaire pour atteindre les résultats escomptés.
- 4) La collaboration étroite avec les autres continuums d'intervention pour mieux desservir les adultes aux prises avec des troubles mentaux et présentant des problématiques associées.
- 5) La collaboration avec les partenaires intersectoriels qui offrent des services incontournables pour assurer une réintégration sociale significative pour les adultes concernés (ex. : logement social, travail, formation, revenus, transports, loisirs, besoins de subsistance, aide domestique, réadaptation, services correctionnels, etc.)

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Info-Santé/Info-Social ▪ Interventions de prévention et de promotion ▪ Services de prévention du suicide (réseaux de sentinelles) ▪ Services généraux (médicaux et psychosociaux) ▪ Interventions médicales ▪ Services de psychologie en bureau privé ▪ Interventions médicales (omnipraticiens, psychiatres) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services de 1^{ère} ligne et 2^e ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux ▪ Urgences psychiatriques ▪ Interventions de crise/suicide et soutien à l'entourage ▪ Soutien des personnes à potentiel suicidaire élevé ▪ Hospitalisation incluant les unités d'évaluation et de traitement transitoire ▪ Hospitalisation médico-légale ▪ Programme de traitement intensif en hôpital de jour ▪ Services de 3^e ligne surspécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesures de soutien intensif intégré et en équipe ▪ Mesures de soutien d'intensité variable dans la communauté ▪ Hébergement en CHSLD et services résidentiels dans la communauté ▪ Entraide entre pairs ▪ Logement avec soutien et appartement supervisé ▪ Mesures de soutien aux familles et à l'entourage (entraide, répit) ▪ Services d'aide, d'accompagnement et de recours collectif et à la communauté

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Santé mentale - adultes » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique², et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

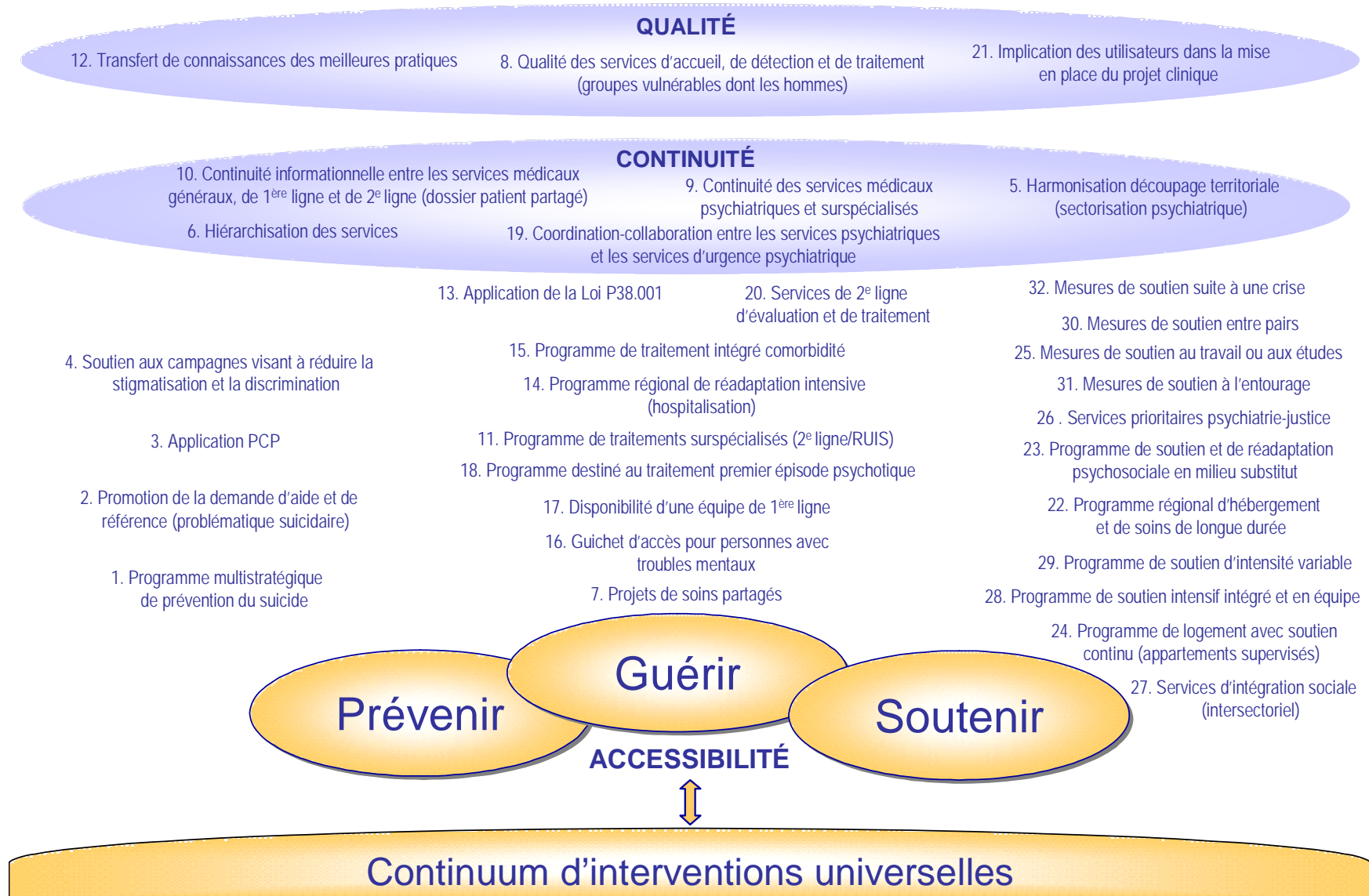
La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « SANTÉ MENTALE - ADULTES »

Carte stratégique



A) PRÉVENIR³

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec le continuum d'intervention « Santé mentale — adultes » sont :

1. La disponibilité d'un programme multistratégique de prévention du suicide (réseaux sentinelles, accès aux moyens, tolérance sociale), notamment en milieu de travail, en milieu rural, dans les Cégeps et autres milieux scolaires destinés aux adultes.

Pour prévenir les problèmes de santé mentale et le suicide, une intervention intégrant plusieurs cibles et stratégies accroît le potentiel d'efficacité. Parmi ces stratégies, on compte dans le Plan d'action régional de santé publique ainsi que dans plusieurs plans d'action locaux, la mise en place de réseaux sentinelles dans différents milieux de vie des adultes. Un cadre de référence et un contenu de formation sont en voie d'élaboration.

L'accessibilité aux moyens pouvant faciliter le passage à l'acte suicidaire (armes à feu, médicaments) est également une action ciblée. Par contre, bien qu'elle soit reconnue efficace en prévention du suicide, elle est peu développée actuellement en Montérégie.

Enfin, la tolérance sociale envers le suicide doit faire l'objet d'interventions. Le développement d'activités portant sur ce thème et impliquant des partenaires intersectoriels est à venir. Une contribution au niveau national est attendue à ce sujet.

2. La systématisation d'actions visant la promotion de la demande d'aide et l'actualisation des mécanismes de référence (problématique suicidaire).

Concernant la promotion de la demande d'aide :

L'initiative d'un groupe de travail régional en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide auprès des hommes a permis de développer un projet basé sur les stratégies de sensibilisation et de soutien social, tout en incluant un volet visant la promotion de la demande d'aide. Ce projet touche particulièrement le milieu de travail et la communauté. Enfin, soulignons la préoccupation exprimée par des partenaires à l'importance d'agir en promotion-prévention en santé mentale en milieu rural ainsi que dans les Cégeps et les services éducatifs pour adultes.

³ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

Concernant l'actualisation des mécanismes de référence :

Les mécanismes d'orientation et de référence pour les adultes en situation d'urgence et de crise (population cible de 5,1 personnes par 1,000 de population), incluant la crise suicidaire, sont très diversifiés et la référence aux services spécialisés est largement utilisée. Pour réduire le nombre de suicides, il est proposé de mettre en place des mécanismes de liaison et d'offrir un soutien dans la communauté.

3. L'application des pratiques cliniques préventives (PCP) reconnues efficaces (signes avant-coureurs de dépression, troubles anxieux, suicide).

Le recours à des PCP par les médecins de la Montérégie devrait être facilité par une meilleure organisation de services, compte tenu du potentiel d'efficacité de ces pratiques pour l'amélioration de la santé. Les activités ciblant l'identification des signes avant-coureurs de la dépression et des troubles anxieux, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire, devraient être développées. Pour s'assurer de l'application de ces pratiques, des activités de formation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont prévues dans le Plan d'action régional en santé publique (PAR).

4. La disponibilité d'activités de soutien aux campagnes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination engendrées par la maladie mentale.

Il existe peu d'activités d'information et de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation et la discrimination engendrées par la maladie mentale. Une telle campagne est prévue dans le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Or, pour être efficaces, les campagnes sociétales doivent être soutenues par des actions locales.

B) GUÉRIR

Le niveau d'intervention GUÉRIR comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

5. L'harmonisation du découpage territorial (sectorisation psychiatrique avec les CSSS)⁴.

⁴ Cette piste d'action se retrouve également dans le continuum d'intervention « Santé mentale — jeunes ».

L'absence de concordance entre le découpage territorial des centres de santé et de services sociaux (CSSS) (1^{ère} et 2^e ligne) et le découpage territorial de la sectorisation psychiatrique représente une source potentielle de ruptures dans l'épisode de soins. En effet, cette situation oblige les utilisateurs de services d'un territoire local à effectuer des démarches additionnelles pour avoir accès aux services pour un même épisode de soins. Dans ce contexte, les partenaires sont d'avis qu'il faut modifier la pratique de la sectorisation psychiatrique pour favoriser l'accessibilité, la continuité ainsi que la fluidité dans l'utilisation de la trajectoire globale de services.

6. La hiérarchisation des services médicaux, généraux, de 1^{ère} ligne et psychiatriques.

Les activités d'accueil/orientation/référence sont offertes par divers dispensateurs de services et la réponse aux besoins peut varier selon le niveau de connaissance des ressources disponibles. Il n'y a pas de dispensateur spécifiquement mandaté pour répondre aux questions relatives aux modalités d'accès aux services et sur les types de services disponibles.

Pour améliorer de manière significative l'offre de service de 1^{ère} ligne pour les adultes aux prises avec un trouble mental, il est proposé de mettre en place un mode d'organisation hiérarchique des soins médicaux et psychiatriques basé sur les concepts suivants⁵:

- 1) Un guichet d'accès aux services de 1^{ère} et 2^e ligne.
- 2) Des services de 1^{ère} ligne de santé mentale en continuité avec les services de 1^{ère} ligne existants. Ces services accueillent, en priorité, les adultes aux prises avec des troubles mentaux n'ayant pas accès à un omnipraticien, et les adultes dont la condition est stabilisée. De plus, cette équipe participe activement à la mise en place des soins partagés.
- 3) La mise en place de soins partagés.
- 4) La mise en place de la fonction de psychiatre répondant qui devient l'interlocuteur privilégié des intervenants de 1^{ère} ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste.
- 5) La hiérarchisation des services où l'équipe de 1^{ère} ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu, alors que les services de la 2^e ligne permettent de résoudre des problèmes complexes et les services de 3^e ligne s'adressent aux personnes présentant des problèmes très complexes ou dont la prévalence est très faible.

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2008 : Document de consultation*, Québec, MSSS, 2005.

7. La systématisation de l'application de projets de soins partagés, incluant la consultation/liaison des psychiatres.

Une détection précoce et un traitement intensif, basés sur les meilleures pratiques, sont essentiels pour la guérison et pour éviter la chronicité et la perte d'autonomie. Or, il y a un problème important de sous-diagnostic en 1^{ère} ligne pour la population adulte. Une proportion importante des patients ne reçoit pas de traitement ou n'obtient pas de traitement approprié. La mise en place progressive de projets de soins partagés et de communauté de pratique interdisciplinaire ainsi que l'accroissement de l'implication des médecins en cabinet, en groupe de médecine familiale (GMF) et dans les services de 1^{ère} ligne aux plans du dépistage, du diagnostic et du traitement efficace des troubles mentaux et suicidaires, pourraient remédier à cette situation préoccupante.

Le recensement des meilleures pratiques indique que la pratique des soins partagés doit être basée sur les principes suivants⁶ :

- 1) Tous les services font partie d'un système interdépendant de soins.
- 2) Aucun programme ne peut dispenser seul tous les services nécessaires à la personne.
- 3) Les rôles et les responsabilités de chacun doivent être clairs.
- 4) Alors qu'un dispensateur peut agir comme leader, les autres services doivent demeurer impliqués et disposés à réactiver les soins rapidement, si nécessaire.
- 5) Les relations de collaboration sont basées sur le respect mutuel et la confiance.
- 6) Les modèles de collaboration doivent être adaptés à la disponibilité des ressources.
- 7) Les clés d'une collaboration réussie sont des contacts personnels et une communication régulière et claire.

8. La qualité des services en matière d'accueil, de détection et de traitement, notamment à l'égard des groupes vulnérables, dont les hommes, par l'amélioration des compétences des intervenants.

La nécessité de rejoindre la clientèle présentant un risque suicidaire, particulièrement chez les jeunes adultes et les hommes, est une des priorités du MSSS et du Plan d'action régional. Pour les services de détection, il faudrait mettre en place les moyens requis, tels que les pratiques cliniques préventives en lien avec le suicide et les problèmes de santé mentale, et s'assurer de l'accessibilité aux services de traitement.

Un des moyens prévus pour maintenir la qualité des services passe par l'amélioration des compétences des intervenants en offrant, entre autres, des activités de formation. Actuellement, il existe en Montérégie une équipe régionale de formation dont les activités touchent l'intervention

⁶ KATES, Nick. « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 2002, XXVII, 2, p.93-108.

auprès des personnes suicidaires et la demande d'aide des hommes. Dans le cadre du continuum d'intervention « Santé mentale — adultes », cette équipe représente un atout significatif.

9. La continuité entre les services médicaux, psychiatriques et surspécialisés (ententes de service entre les CSSS, les CUA et les RUIS).

L'harmonisation du découpage territorial, ainsi que la mise en place d'ententes de service pour les CSSS dépourvus de département de psychiatrie, constitue un enjeu de première importance pour favoriser la continuité des services ainsi que la circulation des informations cliniques.

10. La continuité informationnelle entre les services médicaux, généraux, de 1^{ère} et de 2^e ligne à l'aide d'outils de partage d'information (dossier patient partagé).

Il n'y a pas d'outil commun adopté par les partenaires concernés (médecins en cabinet, en GMF et dans les services généraux, les services de 1^{ère} ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux et les services spécialisés) pour avoir accès aux informations cliniques de base dans le respect des principes de confidentialité et de protection des renseignements à caractère nominatif.

Il faut également prévoir la mise en place d'ententes, de mécanismes de liaison et d'arrimage entre les différents dispensateurs, particulièrement avec les organismes communautaires.

11. La disponibilité d'un programme de traitement surspécialisé en psychiatrie en collaboration avec les cliniciens de 2e ligne pour des problématiques graves et complexes (les troubles de la personnalité, les troubles anxieux et dépressifs complexes, les troubles alimentaires, les troubles psychotiques, la psychiatrie légale et les troubles de la conduite sexuelle).

Le programme régional destiné à évaluer et traiter les adultes aux prises avec des problèmes graves et complexes devrait intégrer, de manière harmonieuse et opérationnelle, les services de 2^e ligne des CSSS de la Montérégie ainsi que les services surspécialisés des RUIS concernés.

Nous notons que les adultes aux prises avec des troubles de personnalité ont un accès très limité au traitement préconisé par les meilleures pratiques reconnues dans le domaine (approche cognitive comportementale). De plus, les adultes aux prises avec des problèmes complexes (problèmes judiciaires, délinquance sexuelle, itinérance, femmes victimes de violence ou d'inceste), associés avec des troubles mentaux ne reçoivent pas des services qui prennent en compte simultanément la

globalité des problématiques. Des travaux supplémentaires sont requis pour préciser l'offre des services surspécialisés⁷.

12. L'amélioration du processus de transfert des connaissances des meilleures pratiques.

La diffusion d'une information de qualité auprès de la population, des professionnels de la santé mentale et des gestionnaires est primordiale. Le Conseil médical du Québec préconise de mettre en place une campagne d'information ayant pour objectif, d'améliorer les connaissances de la population au sujet des troubles mentaux les plus fréquents, leur prévention et les traitements les plus efficaces.

13. L'application de la Loi P38.001 rendant accessibles des services pour les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (équipes mobiles et hébergement de dépannage).

La Loi P38.001 qui vise à mettre en place des mesures de substitution à l'utilisation de l'urgence psychiatrique pour les personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, n'est pas appliquée actuellement en Montérégie. Aucun partenaire n'a été officiellement mandaté pour mettre en application l'article 8 de cette loi qui préconise que l'évaluation, au niveau de la dangerosité d'une personne pour elle-même ou pour autrui, soit effectuée dans les milieux de vie des personnes concernées.

14. L'accessibilité d'un programme régional de réadaptation intensive (hospitalisation).

Les meilleures pratiques visant à mettre en place des programmes de réadaptation intensive pour les adultes aux prises avec des troubles mentaux graves et nécessitant un séjour en milieu hospitalier ne sont pas mises en application faute d'unité de psychiatrie disponible. Il en résulte que ces adultes occupent, pour de longues périodes, un lit de courte durée destiné à traiter des patients en phase aiguë et ne reçoivent pas les services spécifiques requis.

⁷ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur les maladies mentales : Un éclairage contemporain*, Québec, CMQ, Avis 2001-2004, septembre 2001.

15. La disponibilité d'un programme de traitement intégré en matière de comorbidité.

Un nombre croissant de personnes sont aux prises avec des troubles mentaux et des problèmes associés, tels une déficience intellectuelle ou une dépendance (toxicomanie, alcoolisme ou jeu pathologique). Dans ces cas, un traitement intégré est nécessaire. En matière de comorbidité, les meilleures pratiques préconisées pour le traitement des troubles mentaux et des troubles liés aux substances offerts simultanément par les mêmes cliniciens et intervenants ou par une équipe de cliniciens ou d'intervenants à l'intérieur du même programme ne sont pas déployées en Montérégie.

16. La disponibilité d'un guichet d'accès aux services de traitement de 1^{ère} et 2^e ligne pour tout adulte aux prises avec un trouble mental.

Le guichet d'accès offre la fonction d'évaluation de l'équipe de 1^{ère} ligne. Le guichet a pour mandat de déterminer le type de service (omnipraticiens, GMF, services généraux, 1^{ère} ligne troubles mentaux ou 2^e ligne troubles mentaux) que la personne devrait consulter en regard de sa condition actuelle. À la différence d'un module d'évaluation liaison, le guichet d'accès est situé dans les services de 1^{ère} ligne. Il évalue les demandes de l'ensemble des dispensateurs d'un territoire et crée une relation stable entre les dispensateurs pour améliorer l'offre de service. Les 11 CSSS de la Montérégie devraient progressivement déployer le guichet d'accès à partir de l'année 2005-2006⁸.

17. La disponibilité d'une équipe santé mentale — adultes en 1^{ère} ligne (incluant des omnipraticiens, un psychiatre répondant et des équipes multidisciplinaires).

« Des omnipraticiens, psychologues en cabinet privé, organismes communautaires ainsi que les services généraux de 1^{ère} ligne (médicaux et psychosociaux) reçoivent un nombre important de personnes qui vivent une détresse telle que leur équilibre psychique est menacé. Les services de 1^{ère} ligne offrent des activités d'évaluation et de traitement des adultes aux prises avec des troubles mentaux. En tenant compte des meilleures pratiques, le partenariat interdisciplinaire fondé sur un travail conjoint réel et non uniquement sur un système de référence, est identifié comme étant la clé du succès pour le traitement des troubles mentaux modérés »⁹.

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2006-2008 : Document de consultation*, Québec, MSSS, 2005.

⁹ IDEM.

Les services de 1^{ère} ligne devraient accueillir, en priorité, les adultes aux prises avec des troubles mentaux graves dont la condition est stabilisée de façon à favoriser le désengorgement des services de 2^e ligne et la réduction du délai pour obtenir une évaluation des services spécialisés. Ainsi, de 40 à 50 % des adultes actuellement inscrits dans les services de 2^e ligne d'évaluation et de traitement, pourraient être référés aux services de 1^{ère} ligne comprenant du personnel clinique incluant des omnipraticiens.

18. La disponibilité d'un programme destiné au traitement des jeunes adultes, premier épisode de psychose.

Les meilleures pratiques préconisées pour traiter et réadapter les jeunes adultes ayant effectué un premier épisode de psychose ne sont pas en application et le soutien à l'entourage n'est pas suffisant.

19. La continuité/coordination/collaboration entre les services psychiatriques et les services d'urgence psychiatrique.

Concernant l'utilisation des urgences psychiatriques, on note, entre 1997-1998 et 2004, un accroissement de 875 % du nombre de personnes sur civière y séjournant plus de 40 heures. Il faudra donc revoir les politiques et les procédures en vigueur, en tenant compte du guide de gestion de l'unité des urgences du MSSS concernant la clientèle santé mentale et actualiser les modalités de prise en charge dans la communauté.

20. L'accessibilité aux services de 2^e ligne d'évaluation et de traitement des troubles mentaux.

En mars 2003, 1 820 adultes étaient en attente d'une évaluation par un psychiatre des cliniques externes de psychiatrie des CSSS et de l'Hôpital Charles LeMoynes avec des délais d'attente d'une à quatre années pour des situations non urgentes.

Pour renforcer l'accessibilité aux services d'évaluation psychiatrique, les auteurs de plusieurs rapports publiés au cours des dernières années préconisent la hiérarchisation des services médicaux qui modifie les modes de pratique actuels.

Dans cette perspective, la mise en place d'un guichet d'accès et de corridors de services concertés devrait progressivement modifier la mission des services de 2^e ligne qui serait caractérisée comme suit : spécificité, complexité, accessibilité sur référence, diagnostic et traitement spécialisé, prise en charge multidisciplinaire. Dans ce nouveau contexte, la 2^e ligne travaille en interface avec la 1^{ère} ligne,

tant pour le dépistage des troubles mentaux complexes qui la concernent, pour l'accessibilité à ses services et pour le maintien, le soutien et le retour en 1^{ère} ligne.

C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

21. L'implication des utilisateurs de services dans l'élaboration et la mise en place du projet clinique du territoire local.

« Le rétablissement conçu comme une reprise du contrôle sur sa vie et sur la maladie constitue la pierre angulaire de l'ensemble des activités (thérapeutiques, soutien, logement, travail, études et les autres activités significatives) qui visent à soutenir les personnes dans la restauration de leurs rôles sociaux, malgré l'existence de symptômes et d'handicaps »¹⁰.

Dans cette perspective, la participation des utilisateurs de services dans la mise en place du projet clinique prend toute sa signification.

22. La disponibilité d'un programme régional d'hébergement et de soins de longue durée (en CHSLD) pour les adultes aux prises avec des troubles graves, incluant les problématiques associées.

La pénurie de lits de soins et d'hébergement de longue durée contribue à maintenir un engorgement des unités de courte durée et des urgences des CSSS et de l'Hôpital Charles LeMoyne. En appliquant le ratio de lits de longue durée par 1 000 personnes, la Montérégie devrait disposer de 191 lits de longue durée psychiatrique. Pour l'instant, deux territoires disposent ensemble d'environ 25 lits de longue durée (13 % du requis) alors que les neuf autres territoires n'en possèdent aucun. Des démarches sont en cours pour transférer des adultes nécessitant un programme de réadaptation intensive dans la région de Montréal-Centre et pour actualiser un projet d'hébergement en CHSLD.

23. La disponibilité d'un programme de soutien et de réadaptation psychosociale des adultes en milieu substitut, incluant l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2006-2008 : Document de consultation*, Québec, MSSS, 2005.

Le programme de réadaptation psychosociale destiné aux adultes hébergés en résidence d'accueil ou en ressources intermédiaires est quasiment inexistant. Les services de réadaptation psychosociale visant à faciliter le retour de ces adultes à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté devraient être développés.

24. L'accessibilité à un programme de logement avec soutien continu et appartements supervisés.

Un certain nombre de personnes hébergées en résidence d'accueil pourraient, avec un plan d'intervention et un support adéquat, être orientées vers une ressource plus légère (ex. : appartements supervisés). Un éventail d'opportunités au plan des services résidentiels est nécessaire pour assurer une réponse adéquate aux besoins des adultes aux prises avec des troubles mentaux graves.

25. L'accessibilité à des mesures de soutien au travail ou aux études.

L'accès à des mesures de soutien au travail ou aux études, incluant l'évaluation neurocognitive, est très limité. À cet égard, la collaboration des intervenants du réseau de la santé et du milieu scolaire devrait être accentuée. Les services d'intégration sociale sont essentiels pour permettre l'exercice de la citoyenneté de ces personnes.

26. La disponibilité des services prioritaires dans le cadre du projet régional de psychiatrie/justice.

Il n'existe pas, en Montérégie, de services spécifiques pour la clientèle présentant des problèmes avec la justice. Les adultes aux prises avec des problèmes mixtes de psychiatrie/justice sont généralement référés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) pour les évaluations d'aptitude à comparaître ou de responsabilité criminelle. Les personnes, sous ordonnance de la Cour, sont admises dans les unités de courte durée des CSSS de la Montérégie ou à l'IPPM. Suite à l'adoption d'un cadre de référence préconisant la mise en place de services prioritaires, l'Agence vient de confier au CSSS du Suroît le mandat de mettre en place un projet d'évaluation à distance de l'aptitude à comparaître en collaboration avec l'IPPM.

27. L'accessibilité aux services favorisant l'intégration sociale (logement, études, travail) par la concertation-collaboration des partenaires intersectoriels.

L'accès au logement, au travail ou aux études est très limité et la collaboration avec les partenaires intersectoriels devrait être accentuée. Le MSSS préconise d'ailleurs la mise en place de ces mesures pour répondre aux aspirations des adultes aux prises avec des troubles graves et favoriser l'exercice à part entière de leur citoyenneté.

28. L'accessibilité dans la communauté à un programme de soutien intensif intégré et en équipe pour les adultes aux prises avec des troubles mentaux graves.

Les mesures de soutien permettent de renforcer le filet de sécurité des adultes aux prises avec des troubles graves. Ces mesures sont essentielles pour assurer leur intégration dans la communauté.

29. L'accessibilité dans la communauté à un programme de soutien d'intensité variable pour tout adulte aux prises avec des troubles mentaux graves.

Un soutien d'intensité variable permettant de participer activement à la vie communautaire et de retrouver une dignité personnelle (réappropriation du pouvoir) constitue le souhait prioritaire des personnes aux prises avec un trouble mental. L'éventail des mesures de soutien s'adresse particulièrement aux adultes aux prises avec des troubles graves (soit 400 adultes par 100 000 personnes, pour un total de 5 440 personnes en Montérégie).

30. L'accessibilité à des mesures visant le soutien entre pairs.

Les services d'entraide entre pairs sont disponibles dans plusieurs territoires de CLSC, mais le niveau des services disponibles reste insuffisant. Le soutien pour adhérer au groupe d'entraide et participer aux activités est essentiel. Les services d'entraide dans le milieu de travail devraient être développés.

31. L'accessibilité à des mesures visant le soutien à l'entourage (entraide et répit).

Le fardeau des familles ayant un proche aux prises avec un trouble mental est élevé et celui-ci génère des niveaux de stress imposants. Or, l'accessibilité aux mesures de soutien reste limitée, tant au niveau des mesures d'entraide que du répit à l'entourage.

32. La systématisation de mesures de soutien suite à une crise suicidaire ou psychiatrique (suivi médical, psychosocial et de réadaptation, soutien aux familles, protocoles de sortie, liaison).

Le MSSS priorise la mise en place des mesures de soutien pour les personnes à potentiel suicidaire élevé occupant les urgences psychiatriques. La mise en place de mécanismes de liaison, de protocoles de sortie et de transmission d'information entre les services d'urgence, les services de 1^{ère} et de 2^e ligne et les organismes communautaires concernés devraient accroître le niveau d'accessibilité aux services pour les personnes concernées et leurs familles.

ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle est la prévalence de la condition visée? ▪ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence? ▪ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition? ▪ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste? ▪ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet? ▪ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques¹¹? ▪ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie? ▪ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle? ▪ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention? ▪ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide? ▪ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement? ▪ Quel est le degré de pertinence¹² de sa réalisation?
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières? ▪ Des ressources humaines? ▪ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention? ▪ Du savoir-faire/expertise¹³ pour réaliser l'intervention?

¹¹ La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

¹² Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

¹³ Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Santé mentale – adultes ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

**Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action
pour le continuum d'intervention « Santé mentale- adultes » »**

Pistes de développement

Pistes de consolidation

Impact à l'échelle de la population du continuum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programme multistratégique de prévention du suicide 2. Promotion de la demande d'aide et de référence (problématique suicidaire) 3. Application des PCP reconnues) 4. (Soutien aux campagnes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination) 5. Harmonisation du découpage territorial (sectorisation psychiatrique) 6. (Hiérarchisation des services) 7. (Projets de soins partagés) 8. (Qualité des services d'accueil, de détection et de traitement (groupes vulnérables dont les hommes) 9. (Continuité des services médicaux psychiatriques et surspécialisés) 10. (Continuité informationnelle entre les services médicaux généraux de 1ère ligne et de 2e ligne (dossier patient partagé) 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Transfert de connaissances des meilleures pratiques 21. Implication des utilisateurs dans la mise en place du projet clinique
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ol style="list-style-type: none"> 11. (Programme de traitements surspécialisés (2e ligne/RUIS)) 13. Application de la Loi P38.001 14. Programme régional de réadaptation intensive (hospitalisation) 15. (Programme de traitement intégré comorbidité) 16. (Guichet d'accès pour personnes avec troubles mentaux graves) 17. (Disponibilité d'une équipe en SMA) 18. (Programme destiné au traitement du premier épisode psychotique) 22. (Programme régional d'hébergement et de soins de longue durée) 23. (Programme de soutien et de réadaptation psychosociale en milieu substitut) 24. (Programme de logement avec soutien continu (appartements supervisés)) 25. (Mesures de soutien au travail et aux études) 26. (Services prioritaires psychiatrie-justice) 27. (Services d'intégration sociale (intersectoriel)) 	<ol style="list-style-type: none"> 19. Coordination-collaboration entre les services psychiatriques et les services d'urgence psychiatrique 20. Services de 2e ligne d'évaluation et de traitement 28. Programme de soutien intensif intégré et en équipe 29. Programme de soutien d'intensité variable 30. Mesures de soutien entre pairs 31. Mesures de soutien à l'entourage 32. (Mesures de soutien suite à une crise)

() = contraintes liées à la disponibilité des ressources

CONCLUSION

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, 2004.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. *Les soins de santé mentale partagés au Canada : État actuel. Commentaires et recommandations*, Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, Association des psychiatres du Canada; Collège des médecins de famille du Canada, décembre 2000.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. *Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs*, Ottawa, APC, 2001.

CENTRE DE RÉADAPTATION DOMRÉMY MAURICIE CENTRE DU QUÉBEC. *Proposition d'un modèle d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*, Trois-Rivières, Centre de réadaptation Domrémy, août 2001.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rapport du groupe sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, Montréal, Collège des médecins du Québec, octobre 1997.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : La hiérarchisation des services médicaux*, Québec, CMQ, juin 1995.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur les maladies mentales : Un éclairage contemporain*. Québec, CMQ, Avis 2001-2004, septembre 2001.

DEDOBBELEER, Nicole. *Research Protocol, The last reform in the Quebec Health Care and Social Services*. 2004.

FLEURY, Marie-Josée, Youcef OUADAH. *Rapport d'évaluation sur la mise en réseau des services intégrés de santé mentale du CLSC Longueuil-Ouest*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 2003.

GRUPE DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE PARTAGÉS DE L'ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA ET DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. *Un Compendium des projets en cours*, 2002.

KATES, Nick. « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 2002, XXVII, 2, p. 93-108.

- LATIMER, Éric. *Suivi intensif en équipe dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé du Québec Rapport, mai 1999.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2008 : Document de consultation*, Québec, MSSS, 2005.
- MINISTRY OF HEALTH AND MINISTRY RESPONSABILITÉ FOR SENIORS. *B.C.'s Mental Health Reform. Best practices*. Vancouver, 2004.
- NASSERA, Touati et autres. « L'intégration des services sur une base locale : Acquis et limites ». *Santé mentale au Québec*, vol. XXVII, no 2, automne 2000.
- N. H. S. *National service framework for Mental health : Modern Standards and services models*, Londres, septembre 1999.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « La charge [cachée et indéterminée] des problèmes de santé mentale », *Aide-mémoire*, OMS, no 218, avril 1999.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 1999 : Pour un réel changement*. Genève, OMS, 1999.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Investir dans la santé mentale*, Genève, Département de la santé mentale et abus des substances psychoactives maladies non transmissibles et santé mentale, OMS, 2004.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Un réseau de soins et de services intégrés : Rapport d'évaluation*, Projet capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent, Longueuil, RRSSS Montérégie, mars 2001.
- REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE (LA). « Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble », *La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 47, no 2, supplément, avril 2002.
- SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Michel Gontier, pilote
Diane Cossette
Dominique Gagnon
Jean Gauthier
Hung Nguyen
Françoise Roy
Daniel Viens

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU¹⁴

Joseph Anne-St-Hilaire - L'Autre Versant
Janice Boudreau - CSSS du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais
Céline Brière - Hôpital Charles LeMoine
Richard Chagnon - Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska
Nicole Charbonneau - CSSS Haute-Yamaska
Pierrette Hué - Collectif de défense des droits de la Montérégie
Germain Loiselle - Association canadienne santé mentale Rive-Sud
Diane Lyonnais - CSSS Vaudreuil/Dorion
Diane St-Amour - L'Accolade, Châteauguay

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination

Jocelyne Audet, DEGR
Diane Bélanger, DEGR
Paul Berger, DSP
Catherine Bertrand, DEGR
Ginette Lafontaine, DSP
Aimé Lebeau, DSP

¹⁴ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC

Sylvie Cantin, DPAP
Liliane Foisy, DPAP
Mylène Kosseim, DPAP
Marc Lavoie, DSP

COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS

Nicole Lemire, DPAP

COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU

Monique Benoit, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN FORME

France Salois, DPAP
Madeleine Pierre, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES

Cheickh Youcefi, DPAP
Mohamed Jamali, DAFIT
Vanneth Ngan, DPAP
Catherine Houtekier, DPAP
François Simard, DPAP