

LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« 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) 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.

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 montréalais en prévention du suicide.

- 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 |

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour des chantiers régionaux sur les continuums d'intervention. Chaque équipe de travail associé 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. Les résultats de cette démarche ont été soumis à l'attention 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 retenues en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Ces pistes d'action ont été formulées, dans la mesure du possible, à partir des grands objectifs d'accessibilité, de continuité des services et de qualité, énoncés par le MSSS². Le texte qui suit présente les pistes d'action identifiées pour le continuum d'intervention « Santé mentale — adultes ».

Les pistes d'action sont présentées en fonction des trois grands niveaux d'intervention que sont le **PRÉVENIR - GUÉRIR - SOUTENIR**. Certaines pistes relèvent de plusieurs niveaux d'intervention à la fois. Dans ces cas, pour éviter les répétitions, nous les avons 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**. Enfin, 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.

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

² 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.

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 ce continuum spécifique.

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.

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.

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:

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

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

- 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.

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.

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.

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 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 2^e 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.

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

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.

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

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

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.

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 LeMoyne avec des délais d'attente d'une à quatre années pour des situations non urgentes.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2006-2008 : Document de consultation*, Québec, MSSS, 2005.

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 LeMoine. 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.

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

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

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.

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 Domrémey, 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 OUADAHI. *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.
- GROUPE 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. OUR HEALTHIER. *Modern Standards and services models a National service framework for Mental health*, 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.