



Réseau **A**lternatif et **C**ommunautaire des **O**Rganismes en santé mentale de l'île de Montréal

Évaluation de l'implantation du Plan d'Action en santé mentale 2005-2010

La force des liens



Réseau **A**lternatif et **C**ommunautaire des **O**Rganismes en santé mentale de l'île de Montréal

55, avenue du Mont-Royal Ouest, Bureau 602

Montréal (Québec) H2T 2S6

Téléphone : (514) 847-0787

Télécopieur : (514) 847-0813

Courriel : racor@racorsm.com

Site WEB : www.racorsm.com

ON M'A OUBLIÉ

Richard Desjardins

La question que l'on ose, How are you bloc de fer?
Le type et son papier rose devant le fonctionnaire
Une femme abandonnée à l'orée du climax
La chanson terminée, on remballa le saxe
On m'a oublié

Un perroquet fané dans le back-store du pet-shop
Les amoureux cernés dans un champ de gyprock
Le client dans le club inversant son destin
Les passagers du tube à cinq heures du matin
On m'a oublié
On m'a oublié

Le poupon rêvassant près de l'étang chimique
Une abstraction du sang sur l'écran cathodique
Le patron du réel qui switche à Pepsi
Le kid dans la ruelle entre les mains d'un psy

La pluie sur Andromède l'horizon dans une craque
Le barrage qui cède dans une époque opaque
On m'a oublié

Un rouge, un jaune, un noir sous la loi du Yankee
Au fond de l'univers un arc-en-ciel kaki
La gogo obligée, même quand la place est vide
Androïde naufragé, au pied de l'an deux mille
Comme l'âme d'un chien sucée par la marée
Quand il n'avait plus rien, ni chienne pour s'amarrer
On m'a oublié

Remontons le temps. 2005. Les régies régionales sont abolies. Les Agences naissent. Les Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) sont créés en forçant la fusion entre des CLSC, des centres hospitaliers, des centres d'hébergement, des centres hospitaliers de soins de longues durées (CHSLD) et d'autres services régionaux (Info-Santé par exemple). À cela s'ajoutent les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) qui ont le mandat de coordonner les soins de santé tertiaires. Au même moment, l'implantation du Plan d'Action en santé mentale 2005-2010 commence.

En faire le bilan aujourd'hui, c'est revenir à une époque où les communautés de pratiques ont éclaté : de nombreuses personnes ont changé de poste, de nombreux postes ont changé d'orientation, et, depuis cinq ans, les retraites, les congés de maladie ou simplement les opportunités de changements de carrière ont entraîné un manque de continuité dans plusieurs organisations en réorganisation plus ou moins continue. Il suffit parfois d'essayer de suivre l'organigramme de l'organisation au fil des ans pour se perdre. Celui de l'Agence de Montréal pourrait servir d'exemple.

Dans ce grand virage, de nombreuses personnes usagères ont vu leur suivi en deuxième ligne remis en question. Certains, comme dans une lente procession, ont été dirigés vers les CSSS accompagnés de quelques membres du personnel de deuxième ligne des centres hospitaliers. À titre d'exemple, au moment d'écrire ces lignes, 650 personnes quitteront bientôt leur suivi à Louis-H. Lafontaine pour prendre la route vers le CSSS de la Pointe de l'île. 400 autres ont été dirigées vers les CSSS St-Léonard/St-Michel et Lucille Teasdale. Bien entendu, la nouvelle de ce déplacement, les rumeurs, les communications et les délais toujours plus longs que prévu ont pu faire des dommages collatéraux difficiles à mesurer. Peut-on examiner le taux d'occupation des urgences psychiatriques pour répondre à la question? Des centres de crises? Des urgences générales? Des retours de « patients » référés vers le module d'évaluation et liaison par les omnipraticiens qui peinent à suivre les personnes qui présentent des troubles plus complexes que ce qu'ils voient habituellement? Il y a probablement trop de variables pour expliquer l'utilisation si forte de ces portes d'entrée du système pour avoir accès à des services.

Pour ajouter à l'ensemble des changements, des services hospitaliers spécialisés en santé mentale sont passés de cliniques généralistes à des cliniques spécialisées par diagnostic avec, bien entendu, une réaffectation, pour plusieurs des personnes usagères à de nouvelles équipes. Un autre « mouvement de clientèle » qui agite le réseau.

Nous pouvons nous demander comment une personne vivant avec un trouble de santé mentale qui aurait quitté le pays il y a cinq ou six ans, pourrait s'y retrouver aujourd'hui pour demander de l'aide et obtenir un nouveau suivi. De nouvelles affiches à l'entrée des bâtiments : CSSS, Institut universitaire en santé mentale... Est-ce qu'il serait capable de saisir à quel niveau son problème se retrouve avec les nouvelles appellations pour des services de première ligne, deuxième ligne, troisième ligne ? Quelle différence y a-t-il entre les services du CSSS s'ils ressemblent étrangement aux anciennes cliniques externes de psychiatrie? Le type et son papier rose devant le fonctionnaire.

Il y a 5 ans on lui parlait parfois de reprendre du pouvoir sur sa vie, l'empowerment, aujourd'hui on lui parlerait occasionnellement de rétablissement. Dans la bouche de certains, cela sonne comme se rétablir d'une maladie, comme une infection ou encore comme un diabète avec lequel il faut composer pour reprendre le cours de sa vie.

Dans d'autres, cela sonne comme un soutien à un processus global qui encourage l'éclosion d'un dynamisme personnel.

Serait-il plus à l'aise pour reconnaître son trouble de santé mentale et aller à la recherche de services? Quand une personne explique vivre une dépression, est-ce que la population serait plus réceptive depuis qu'elle reçoit le message que c'est une maladie? Peut-être. Nous sommes curieux de lire le résultat des études qu'a demandé le ministère à la suite de ces campagnes publicitaires massives.

Lutter contre la stigmatisation

Cinq plus tard, est ce que la personne aurait un meilleur soutien pour retourner au travail? Grâce au milieu communautaire, il aurait un choix de diverses approches, d'expertises variées et de divers secteurs. À notre connaissance, il n'y a pas eu de nouveaux investissements dans ce secteur. Même que, si nous avons bien compris, des services du réseau de la santé pourraient bien être coupés. Nous pouvons nous demander ce que devraient faire les CSSS à ce sujet? Rien. Augmentons les capacités du milieu communautaire et créons des liens plus soutenus avec les CSSS pour qu'ils apprennent à bien référer aux organismes.

Pour un soutien vers un retour aux études? Encore là, des initiatives du milieu communautaire permettent à des gens de reprendre ou de continuer à étudier. Après plusieurs années d'intervention à ce niveau, l'organisme Prise II, en collaboration avec le CEGEP du Vieux-Montréal, participe depuis 2 ans dans un projet qui vise à mettre au point un modèle intersectoriel. Nous parlons ici de niveau collégial et universitaire. Combien des professeurs ont été formés et soutenus pour aider leurs élèves en état de crise et ou en situation suicidaire? Combien ont été sensibilisés à trouver des aménagements raisonnables pour faciliter la réalisation des travaux et examens de personnes vivant avec un trouble de santé mentale? Trop peu bien sûr. Est-ce que les CSSS seront bien placés pour soutenir le réseau scolaire? À moyen terme, nous pouvons en douter. L'avenir serait à la consolidation de l'expertise déjà en place en développant une organisation régionale pouvant se déplacer d'un CEGEP à l'autre, d'une université à l'autre. Est-ce trop simple?

Si, après 5 ans, notre revenant vit un problème sérieux de santé mentale et rentre en contact avec le réseau de la santé, il serait probablement orienté vers un guichet d'accès en santé mentale, à moins bien entendu qu'il soit en danger pour lui-même ou pour les autres.

Probablement, parce qu'après cinq ans, sur l'île de Montréal, il est encore tout à fait possible d'être vu par un module d'évaluation psychiatrique en deuxième ligne sans passer par un CSSS. Et, selon notre compréhension, à moins d'une situation très urgente, les délais semblent ne pas avoir changé avec les années.

Probablement, parce qu'avec les services généraux d'accueil et d'orientation des CLSC, il pourrait être orienté vers des services sociaux dispensés par le CLSC sans passer par le guichet d'accès en santé mentale. Voilà qui pourra servir de justification, encore une fois, pour réaffecter des budgets de santé mentale à des services généraux.

Organiser un réseau de services en santé mentale

Probablement, parce que si la personne rencontre un omnipraticien, celui-ci pourrait très bien choisir de lui offrir quelques traitements ou encore il pourrait choisir de l'envoyer rencontrer son bon ami spécialiste, ce psychiatre à qui il demande des consultations depuis des années. Après tout, ce généraliste fait partie des nombreux professionnels qui travaillent en bureau privé sans trop de contact avec les ressources du réseau. Guichet d'accès en santé mentale? Dans certains territoires de l'île, peu de médecins généralistes en connaissent l'existence. Dans d'autres, une infirmière fait partie de la clinique en réseau et peut évaluer immédiatement, à la demande du médecin, la situation pour orienter la personne vers le guichet d'accès quand c'est nécessaire. Chose certaine, très peu d'entre eux auront le réflexe de penser au centre de crise et encore moins aux ressources communautaires.

Cinq ans plus tard. La personne revenant à Montréal aurait plus de possibilités d'accès à un service communautaire de crise. Le CLSC, Info Santé, et quelques psychologues auront peut-être l'idée de le suggérer à la personne. Encore que l'accès ne soit vraiment pas uniforme sur l'ensemble de l'île. Deux endroits ont des services d'intervention 24/7. Les autres offrent l'hébergement pour la même période. Par contre, dans le Sud-ouest, l'accès au centre de crise L'Autre Maison s'annonce de plus en plus difficile. L'inégalité historique des budgets entre ces organisations va finir par avoir des conséquences dramatiques.

Structurer la gamme de services

D'autre part, l'ensemble des organismes montréalais offrant du suivi alternatif communautaire a pu augmenter leur nombre de suivis grâce à des budgets de développements. En quelques mois, les services ont été offerts selon un modèle d'intervention éprouvé et le nombre de personnes accompagnées a été ainsi augmenté substantiellement. Dans leur dernière statistique, ils sont passés de 878 à 1179 (+34 %) entre 2008-09 et 2009-10.

Cet investissement aurait dû servir de modèle et de levier pour amener le ministère, l'Agence et les CSSS à investir plus massivement des budgets dans le milieu communautaire afin de diversifier l'offre de programmes, services, activités, traitements, types d'interventions, façon de réunir les personnes vivant avec des problèmes ou des troubles de santé mentale.

Reconnaître le potentiel et le rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches

De nombreux organismes auraient pu diversifier leurs actions et rejoindre de plus en plus de gens vivant des situations pouvant être qualifiées de première ou de deuxième ligne. Plusieurs secteurs auraient

pu se développer afin de répondre aux besoins de plus en plus évidents, pour les problèmes de santé mentale, pour la jeunesse, les personnes âgées et les milieux culturels. Pendant ce temps, le réseau public santé mentale aurait pu se réorganiser, mettre sur pied dans les CSSS de véritables services médicaux et sociaux, avec moins d'employés, devenant plus efficient grâce à de nombreuses ententes de collaboration avec le réseau communautaire. Il aurait eu le temps d'intégrer des personnes ayant déjà expérimenté les services de santé mentale, d'accueillir des Pairs-Aidants, de réfléchir à une organisation de services tenant compte des proches et des familles. Le milieu communautaire spécialisé en santé mentale aurait atteint (et peut-être dépassé!) l'objectif de recevoir au moins 10 % du budget dédié à la santé mentale du ministère.

Cette reconnaissance du potentiel et du rôle des personnes utilisatrices de services, des familles et des proches reste trop souvent à l'état d'ébauche. Quelques projets ont pu émerger grâce aux démarches de certaines associations de parents et proches. Le RACOR, le groupe de défense des droits Action Autonomie, d'autres organismes et des personnes usagères se sont unis pour présenter un projet à l'Agence afin de déployer un ensemble de comités dans chaque territoire de CSSS qui pourrait mener à la création d'une association montréalaise d'usagers. Jusqu'à maintenant le projet a reçu des montants non récurrents ce qui ne facilite pas le développement des comités déjà démarrés dans certains CSSS.

Nous ne reviendrons pas sur cette occasion manquée de passer à l'Histoire pour avoir concrétisé un véritable changement dans l'organisation des services offerts aux personnes vivant avec un problème ou un trouble de santé mentale.

Constatons. Pendant des années, le réseau public se débat avec lui-même. Il est tellement occupé (et des épisodes comme la pandémie appréhendée de AH1N1 sont venus encore diminuer le temps disponible) qu'il en a oublié le réseau communautaire spécialisé en santé mentale. Lorsqu'il se réorganise, le réseau public le fait sur ses propres bases en tenant plus ou moins compte de ce qui existe dans la communauté. Dans chaque territoire de CSSS, les organismes tentent de maintenir un lien et de se faire entendre. Dans l'Ouest-de-l'Île, l'ancrage installé bien avant les dernières réorganisations du réseau de la santé a survécu et des échanges se sont maintenus. Ce n'est pas le cas partout. Nous avons proposé à l'Agence de mettre sur pied un programme de liaison entre le réseau communautaire et l'ensemble des CSSS afin que les équipes de première ligne en santé mentale ait une meilleure connaissance de nos organismes et de l'évolution de leurs actions. Plusieurs CSSS ont montré un grand intérêt. Nous espérons toujours que l'Agence de Montréal prenne le leadership de la situation et finance ce programme afin d'augmenter la fluidité régionale entre les deux partenaires.

Soutenir le changement

Nous avons aussi proposé à l'Agence de mettre sur pied un système d'informations à propos de notre réseau communautaire. En quelques années nous pourrions avoir une base de données significatives pour nos organismes communautaires. Nous pourrions disposer d'une masse d'informations qu'il serait intéressant de partager avec le ministère et des chercheurs selon des ententes qui respecteraient des éléments fondamentaux comme la confidentialité et le respect des pratiques du milieu communautaire. Nous pourrions avoir les moyens de dialoguer à propos du développement des programmes et services en présentant de façon globale l'impact de notre réseau. De plus, nous pourrions aider le milieu de la santé mentale à relativiser, lorsque nécessaire, ce que sont les données probantes et les bonnes pratiques.

À ce sujet, la création d'un centre national d'expertise peut être un levier pour amener une saine évolution du Plan d'Action en santé mentale tout comme il peut servir de marteau pour clouer au pilori toutes les avenues qui dérogent à ce qui apparaît aujourd'hui comme une bonne pratique. À ce sujet, rappelons comment la bonne pratique dans l'intervention post-traumatique au moment d'une catastrophe a été remise en question.

Suivre et évaluer

Le fait d'intervenir trop rapidement pourrait nuire à certaines personnes qui ont besoin de temps avant de s'exprimer à propos de leur traumatisme. En parler encore et encore pourrait avoir une incidence aggravante pour d'autres. Plus récemment en santé mentale, il y a eu la promotion d'une forme d'intervention

pour le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuel » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves connu aussi comme modèle de soutien à l'emploi de type « IPS » (Individual Placement Support). Malheureusement, il y a eu très peu de diffusion de données à propos des caractéristiques des personnes à qui ce type d'approche pourrait convenir et permettre d'obtenir des résultats intéressants pour elle. Et, si ce modèle devenait la « bonne pratique » et que tous les intervenants dans ce secteur se convertissaient à cette façon d'intervenir, qui prendrait la relève pour ceux avec qui ce la ne fonctionne pas? (Sur un horizon d'un à deux ans, environ le tiers ou la moitié des clients d'un programme IPS ne parviennent pas à trouver un emploi régulier; de plus, dans la majorité des cas, ceux qui trouvent un emploi ne réussissent pas à le conserver plus longtemps qu'avec d'autres approches d'intégration professionnelle; et la plupart des emplois obtenus n'exigent pas d'habiletés particulières.)

La même question se pose à propos des services résidentiels. La tendance actuelle est de favoriser le logement autonome avec soutien social, suivi intensif ou d'intensité variable. Cette orientation va convenir à une grande proportion des gens vivant avec un trouble ou un problème de santé mentale. Cependant, nous savons aussi que des personnes bénéficient d'une vie de groupe, d'une période d'apprentissage dans un milieu un peu plus encadré, de formules d'habitation différentes. Encore là, est-ce que la recherche peut nous aider à mieux discerner ce qui pourrait être offert comme diversité d'approches afin de favoriser le rétablissement?

En conclusion, une personne revenant au pays après cinq ans, débarquant dans la métropole à la recherche d'aide pour sa santé mentale, finira par en trouver... pas tellement plus vite qu'avant. Et après son parcours dans le réseau, il se dira qu'il se passe assurément quelque chose dans l'organisation des services. Il aura l'impression qu'une réorganisation vient de commencer... mais comme il s'est fait demander son code postal en téléphonant au département de psychiatrie, il se dira que rien n'est moins certain.

Nous avons donné quelques commentaires supplémentaires dans les questions suivantes. Cependant, d'autres organismes communautaires montréalais ont fait leur propre consultation de secteur et ont apporté des détails supplémentaires.

PREMIÈRE PARTIE

LA POPULATION EN GÉNÉRAL

A. Partenariat avec les personnes utilisatrices de services et leurs proches

OBJECTIF : Favoriser la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision.

OBSERVATIONS

En 2010, quelques projets montréalais ont été développés. Cependant, il n'y a pas eu d'investissement récurrent. Ce qui a éclot demeure fragile et les énergies déjà investies risquent d'être gaspillées... Il ne semble pas y avoir de coordination et de volonté dans le réseau public pour soutenir cet objectif.

MESURES RÉGIONALES ET LOCALES: Les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et les CSSS s'assureront d'obtenir la participation d'utilisateurs de services de santé mentale, de représentants des familles ou de proches dans les exercices de planification et d'organisation de services qui les concernent.

Nous pensons que la plupart des CSSS ont planifié et organisé leurs services en fonction de leur logique et contrainte administratives bien avant de se préoccuper de la participation d'utilisateurs de services de santé mentale, de représentants des familles ou de proches

B. Information et sensibilisation en santé mentale

OBJECTIF : Réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale.

OBSERVATIONS

Après 5 ans, nous pouvons penser que les témoignages de vedettes comme Normand Brathwaite, François Massicote, Guy Latraverse ont beaucoup d'impact positif. Nous pouvons aussi parler de la qualité des programmes de l'Association canadienne pour la Santé mentale, filiale de Montréal.

Par contre, les campagnes de publicité comme celle de la Fondation des maladies mentales (l'homme enlevé violemment par des agresseurs alors qu'il est attablé avec sa famille), les manchettes dans les journaux dès qu'il est possible d'associer des problèmes de santé mentale avec un crime ont un grand impact négatif.

Après 5 ans, il est difficile de mesurer l'évolution réelle de notre société à ce sujet.

MESURE LOCALE: Dès 2006-2007 et 2007-2008, les CSSS réaliseront une campagne locale d'éducation en adaptant le thème national diffusé en 2005-2006.

Est-ce que nous avons vu une affiche ou une affichette dans un CSSS? Peut-être. Et certainement rien de plus en lien avec la campagne du ministère.

Réseau **A**lternatif et **C**ommunautaire des **O**rganismes en santé mentale de l'île de Montréal

C. Services courants (médicaux et psychosociaux)

OBJECTIF : Assurer un passage fluide des services courants vers les services de santé mentale de première ligne pour toutes les personnes qui en ont besoin.

OBSERVATIONS

De notre point de vue, nous ne pouvons pas répondre.

MESURE LOCALE : Les CSSS établiront les mécanismes de passage fluides des services courants vers les équipes de santé mentale de première ligne et vice versa, afin d'assurer un traitement en première ligne pour toutes les personnes ayant des troubles mentaux qui se présentent dans les services généraux.

Avec l'arrivée en place tardive des équipes de première ligne en santé mentale, les questions vont certainement se poser avec plus d'acuité dans les prochaines années. La démarcation en un problème social, un problème de santé mentale ayant une incidence sur un problème social, un trouble de santé mentale stabilisé tout en vivant un problème social qui n'est pas issu de son trouble de santé mentale, le problème social qui finit par avoir une incidence sur la santé mentale de la personne...

D. Services de crise

OBJECTIF : Offrir des services d'intervention de crise 24 heures/7 jours à toute la population.

OBSERVATIONS

Deux des sept centres de crises montréalais ont obtenu des budgets pour réaliser cet objectif. Pendant ce temps, le centre de crise L'Autre Maison envisage de couper dans ses services. Nous pouvons nous questionner sur la coordination d'un plan de développement régional...

Tous les centres de crise sont aux prises avec des difficultés majeures de recrutement et de rétention de personnel. Les règles d'application de la loi 21 vont possiblement venir ajouter un autre élément de complexité.

MESURE RÉGIONALE: Au cours de la durée d'application du plan, les agences consolideront la gamme de services de crise et s'assureront que ces services sont accessibles à la population de tous les territoires locaux de leur région : 1) intervention téléphonique de crise; 2) service mobile « face à face »; hébergement de crise; suivi à court terme; urgence hospitalière; 3) hébergement de crise; 4) suivi à court terme; 5) urgence hospitalière.

MESURES LOCALES :

- Les CSSS établiront des ententes et des mécanismes de liaison entre les différents services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie.

- Les CSSS feront connaître à la population de leur territoire un numéro de téléphone pour accéder à des services de crise en tout temps.

CIBLE RÉGIONALE : Offrir un service mobile d'intervention de crise accessible sur tout le territoire québécois d'ici trois ans.

CIBLE LOCALE : Permettre le passage d'un type de service de crise à un autre (1re ligne, 2e ligne) à l'intérieur de cinq jours.

DEUXIÈME PARTIE

LES ENFANTS ET LES JEUNES AYANT UN TROUBLE MENTAL

A. Évaluation et traitement-première ligne

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne.
OBSERVATIONS

Selon l'Agence, dans les CSSS, 50 % des employés du réseau public sont en place. 8 des 12 guichets sont en fonction.

MESURES LOCALES : Dès l'année 2005-2006 les CSSS offriront :

- Un guichet d'accès aux services de traitement de 1re et de 2e ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental;
- Les services d'une équipe de traitement de 1re ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.

Nous aimerions rêver que le ministère encourage le développement d'organismes communautaires spécialisés en santé mentale ou le développement de programmes dans les organismes existant pour soutenir les familles dans leur communauté d'appartenance.

D'autre part, quels sont les efforts mis pour l'arrimage entre les services en jeunesse et pour les adultes? Le transfert entre les deux milieux est une étape importante.

CIBLE RÉGIONALE : Offrir les services d'un pédopsychiatre répondant ETC/50,000 pop. Jeunes. (Il n'y a pas de mesure régionale dans le plan d'action).

CIBLES LOCALES :

- Réduire de 30% la liste d'attente en pédopsychiatrie.
- Répondre à l'intérieur de 7 jours à l'intervenant ayant dirigé l'enfant ou le jeune vers les services de 1re ligne.
- Donner accès à un traitement à l'intérieur d'un mois.

B. Évaluation et traitement-hiérarchie des services
OBJECTIF : Organiser la hiérarchie des services.

OBSERVATIONS

Notre mise en contexte dans le premier texte explique le point de vue que nous pouvons avoir... à savoir pour une famille qui vit avec un enfant présentant des problèmes de santé mentale (apparentés possiblement à des troubles d'apprentissage ou autres) : qui fait quoi, quand et où dans le réseau public (santé et services sociaux, scolaires, santé publique...)?

MESURE LOCALE : Au cours de la durée d'application du plan, les fournisseurs de services de 2^e ligne consolideront les services de traitement spécialisé pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental, en privilégiant les soins partagés et en tenant compte des services médicaux hiérarchisés conçus pour répondre aux besoins des populations de chaque territoire local.

CIBLE LOCALE : Offrir les services de 4,5 intervenants professionnels / 100,000 population.

C. Les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse
OBJECTIF : Achever la mise en place d'équipes de deuxième niveau.

OBSERVATIONS

MESURES RÉGIONALES :

- Les ASSS s'assureront d'achever en priorité la mise en place d'équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse de tout le Québec.
- Les ASSS, en collaboration avec les CJ, feront l'analyse des services résidentiels utilisés en CJ par des jeunes ayant un trouble mental selon des modalités standardisées convenues avec le MSSS.

CIBLE NATIONALE ET RÉGIONALE : Assurer la présence d'équipes de deuxième niveau dans tous les centres jeunesse du Québec.

TROISIÈME PARTIE

LES ADULTES AYANT UN TROUBLE MENTAL

A. Évaluation et traitement-première ligne

OBJECTIF : Évaluer et traiter les troubles mentaux dans les services de première ligne.

OBSERVATIONS

Est-ce que nous parlons ici d'un traitement biologique à base de prescriptions? Est-ce que nous parlons des enjeux psychologiques? Est-ce que nous parlons des aspects sociaux?

Nous espérons, encore, qu'il y ait plus de liens avec le milieu communautaire, que les CSSS aient une meilleure connaissance de ce qu'offrent les nombreux organismes. À ce sujet, rappelons le programme de liaison que nous avons proposé à l'Agence.

MESURES LOCALES : Dès l'année 2005-2006 les CSSS offriront :

- Un guichet d'accès aux services de traitement de 1re et de 2e ligne pour les adultes ayant un trouble mental.

Les 12 guichets d'accès sont en place selon l'Agence avec des niveaux de fonctionnement différents selon l'état d'avancement du déploiement des équipes de 1^e ligne.

- Une équipe de traitement en 1re ligne pour les adultes ayant un trouble mental.

L'Agence nous informe que 64 % des postes ont été comblés.

CIBLE RÉGIONALE : Offrir les services d'un psychiatre répondant par 50,000 habitants. (Il n'y a pas de mesure régionale).

CIBLES LOCALES :

- Répondre à l'intérieur de 7 jours à l'intervenant ayant dirigé le patient vers les services de 1re ligne.
- Donner accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours.

Nous aimerions bien connaître la réalité effective actuellement.

B. Évaluation et traitement-hiérarchisation des services

OBJECTIF : Organiser la hiérarchisation des services. OBSERVATIONS

MESURE LOCALE : Au cours de l'année 2005-2006, les CSSS (direction générale, direction des services professionnels), en partenariat avec les CMDP, les omnipraticiens, les pédiatres, les psychiatres/pédopsychiatres et le DRMG de leur territoire, déposeront à l'ASSS et au MSSS une offre de services médicaux hiérarchisés pour répondre aux besoins des personnes de 0-100 ans de chaque territoire local.

CIBLE LOCALE : Déposer le plan de services médicaux hiérarchisés.

Nous aimerions bien relire la dernière version de ce document si quelqu'un veut nous en faire parvenir un exemplaire...

C. Suivi intensif et soutien d'intensité variable

OBJECTIF : Assurer des mesures de soutien dans la communauté pour les personnes les plus vulnérables.

OBSERVATIONS

Le suivi individuel est certainement une façon très intéressante de permettre aux personnes d'avoir le soutien nécessaire pour continuer une démarche de rétablissement. Cependant, nous devons aussi encourager la création de milieu de vie, de groupes d'entraide, de réseaux sociaux où les personnes peuvent se retrouver dans la communauté et partager leurs expériences de vie en toute transparence.

MESURES LOCALES :

- Les CSSS poursuivront, en collaboration avec les CH et les organismes communautaires, l'implantation d'un système de suivi intensif et de soutien d'intensité variable.

Le réseau a conservé le suivi intensif. Il aurait été intéressant de confier une ou deux équipes au milieu communautaire afin de voir l'évolution du programme avec une gestion issue des pratiques et valeurs du communautaire. Pour ce qui est des équipes de suivi d'intensité variable et du suivi alternatif communautaire montréalais, quelques questions demeurent importantes. Comment allons-nous différencier ce que le réseau public et communautaire offre? Comment allons-nous assurer qu'à long terme les organismes communautaires conservent ses liens directs avec la population qui permet aux gens d'avoir accès au suivi sans passer par les CSSS?

Enfin, nous avons fait mention dans la première partie des statistiques du ROSAC qui montre la hausse du nombre de personnes suivies grâce aux investissements réalisés.

- Ils verront à assurer la présence de pairs-aidants au sein de 30% des équipes d'ici 5 ans.

Rien de fait à notre connaissance à ce sujet. Quelques projets sont en réflexion dans des organismes communautaires et devraient se concrétiser bientôt.

D. Services résidentiels

OBJECTIF : Améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome

OBSERVATIONS

Il y a beaucoup de travail à faire dans la coordination des efforts du milieu communautaire avec les investissements du réseau public dans cet objectif. Plusieurs organismes se retrouvent en situation de devoir accepter un statut très semblable à celui d'une ressource intermédiaire. Les conséquences à long terme vont être désastreuses, car, en vivant avec moins d'autonomie dans leur gestion et leur orientation, les organisations risquent la dépendance plutôt que l'interdépendance.

MESURES RÉGIONALES :

- À partir de 2005-2006, les ASSS procéderont à des modifications ou à une réorganisation des ressources résidentielles pour atteindre les cibles qui ont été fixées. Le logement autonome doit être la formule privilégiée.

Les changements proposés ne doivent pas occulter les besoins d'approches et de formules variées pour la clientèle.

- Les ASSS, en collaboration avec les partenaires concernés, feront la promotion du logement autonome (logements sociaux, logements privés) pour les personnes ayant un trouble mental.

MESURE LOCALE :

- Les CSSS mettront en place des services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome.

CIBLES POPULATION 100,000 h. :

- Hébergement avec encadrement intensif : 20 à 30 places.
- Hébergement avec soutien léger : 40 places.
- Soutien au logement : 50 places.

E. Intégration au travail

OBJECTIF : Favoriser l'intégration au travail des personnes ayant un trouble mental.

OBSERVATIONS

Montréal dispose d'un Comité Santé mentale travail, un OSBL, qui regroupe la plupart des acteurs de ce secteur qui est, depuis très longtemps, un des secteurs où le milieu communautaire est très actif avec des résultats très intéressants.

MESURES RÉGIONALES :

- Les ASSS soutiendront le développement de partenariats entre les employeurs et les organismes engagés dans ce secteur d'activités, en vue de la création d'emplois adaptés aux besoins des personnes ayant un trouble mental grave.

À notre connaissance, rien de fait à ce sujet. Espérons que pour les CSSS, nous serons dans le soutien... et non dans le développement, car de nombreuses organisations communautaires œuvrent déjà dans ce domaine.

- En collaboration avec les directions régionales d'emploi-Québec, les ASSS s'emploieront à apporter les ajustements nécessaires et à favoriser l'application des programmes de type CIT pour les personnes ayant un trouble mental grave.

Et le milieu communautaire pourrait-il avoir des idées nouvelles de CIT à proposer?

MESURE LOCALE :

- Les CSSS, en collaboration avec leurs partenaires, rendront accessible le soutien à l'intégration au travail.

Rendre accessible. Non pas faire. Bon choix de mot. À quand la pratique?

CIBLE LOCALE :

- Offrir des services de soutien à l'intégration au travail à 58 personnes/100,000 habitants.

À combien sommes-nous présentement pour la région montréalaise? Quelle part provient du réseau communautaire?

Réseau **A**lternatif et **C**ommunautaire des **O**rganismes en santé mentale de l'île de Montréal

F. Intervention préventive

OBJECTIF : Rejoindre les personnes en difficulté ou en situation de crise, particulièrement les hommes adultes, et intervenir auprès d'eux.

OBSERVATIONS

L'Agence a coordonné la création d'un livret d'information pour la population « Accès santé dans votre quartier ». Une personne vivant des difficultés y trouve quelques indications et fort peu sur le réseau communautaire existant. Pour des personnes qui ne veulent pas avoir un dossier psychiatrique ou une mention de problèmes possibles de santé mentale dans leur dossier de santé, nous pensons que la publicisation de notre réseau pourrait être un élément de prévention important.

D'autre part, et plus concrètement, des réseaux de sentinelles ont été développés dans sept des douze territoires ou, en entrant dans les entreprises et le milieu scolaire, la préoccupation de la prévention pourrait faire la différence entre autres pour le suicide (voir plus loin).

MESURE NATIONALE ET RÉGIONALE :

- En collaboration avec les ASSS, le MSSS sélectionnera et soutiendra la mise en œuvre de projets pilotes visant la mise en place et l'évaluation d'interventions destinées à rejoindre (reaching out) les hommes adultes en situation de vulnérabilité et à intervenir efficacement auprès d'eux.

MESURE LOCALE :

- À partir de 2005-2006, les CSSS, en collaboration avec les organismes communautaires, mettront en place des interventions en vue d'apporter un soutien individuel ou de groupe aux personnes en situation de crise, en priorité aux hommes et aux jeunes de 15 à 25 ans.

CIBLE RÉGIONALE :

- D'ici 2007, créer des projets pilotes dans 60% des régions.

Quatrième partie

Les personnes à potentiel suicidaire élevé

A. Intervention en cas de crise suicidaire

OBJECTIF : Assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé.

OBSERVATIONS

Suicide Action Montréal (SAM) demeure une référence très importante à Montréal et pour le reste du Québec avec ses nombreux travaux dans le domaine de la prévention. Elle a mis de l'avant, avec la production en concertation avec des chercheurs, une nouvelle grille d'estimation du risque suicidaire qui regroupe les 6 facteurs les plus significatifs. Cette grille s'accompagne d'une formation pour lui donner tout son sens. SAM a aussi collaboré à la mise sur pied de réseau de sentinelles avec le CSSS Montréal Nord et l'Association IRIS. Il rencontre aussi les CSSS afin de diffuser de l'information. Toutes ces actions, et plusieurs autres comme son important service d'intervention téléphonique, devrait contribuer à diminuer le nombre de suicides répertoriés à Montréal soit, en 2008, 199 personnes.

MESURES RÉGIONALES :

- À partir de 2005-2006, les ASSS verront à l'implantation dans leur territoire d'outils efficaces pour l'évaluation et la transmission d'informations.
- Les ASSS soutiendront la mise en réseau au niveau local.
- Les ASSS s'assureront que l'on puisse avoir accès sur leur territoire, à une expertise en matière de soutien clinique psychosocial et médical et que l'on puisse y obtenir une formation adéquate.

MESURES LOCALES :

- En 2005-2006, les CSSS et leurs partenaires s'assureront que les personnes à potentiel suicidaire élevé puissent avoir accès à un suivi étroit (médical, psychosocial et dans la communauté) et de durée suffisante.
- Les CSSS implanteront des mécanismes de liaison et de transmission de l'information entre les ressources et les services, incluant les services de 1re ligne, les médecins et les services spécialisés.

CIBLES LOCALES :

- D'ici 2006, implanter des mécanismes de liaison dans tous les réseaux locaux.
- D'ici 2007, offrir un programme de suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les réseaux locaux.

Cinquième partie

Les personnes présentant plusieurs problèmes

A .Personnes présentant un diagnostic de comorbidité

OBJECTIF : Établir une collaboration entre les divers programmes visés.

OBSERVATIONS

Pour ce qui est de la comorbidité, le Centre Dollar Cormier offre son soutien aux organisations. Des formations ont déjà été organisées et ont déjà été offertes au milieu communautaire. Certains services ont été mis sur pied comme la clinique Cormier/ Lafontaine. La question de la toxicomanie est incontournable au moment où on intervient auprès d'une personne vivant avec un problème de santé mentale, particulièrement lorsque celle-ci est jeune.

MESURE RÉGIONALE :

- Afin de faciliter la collaboration entre les centres de réadaptation en toxicomanie, en déficience intellectuelle et l'ensemble des CSSS d'une région, les agences régionales soutiendront la réalisation d'ententes de travail conjoint.

MESURE LOCALE :

- Dans l'élaboration de leur projet clinique, les CSSS conviendront du type de collaboration à établir pour offrir des services aux personnes ayant un problème de comorbidité lié à l'association de problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou de déficience intellectuelle.

Ce tour d’horizon n’a rien d’exhaustif et plusieurs points auraient pu être développés davantage pour montrer comment l’écart est grand à Montréal entre les objectifs du Plan d’Action en santé mentale et la réalité que nous vivons en 2010.

En fait, après 5 ans, nous constatons que le Plan commence à peine à prendre forme. La première phase, la création des premières lignes autant en adulte qu’en jeunesse sont encore loin d’être terminées. Des éléments fondamentaux du Plan peinent à s’installer dans la réalité quotidienne montréalaise. Pensons à des éléments clés comme la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans les structures de décision ou la participation d’utilisateurs de services de santé mentale, de représentants des familles ou de proches dans les exercices de planification et d’organisation de services qui les concernent.

Nous espérons que dans un avenir rapproché que le Ministère, l’Agence et les CSSS examinent très sérieusement différentes pistes d’investissements dans le réseau communautaire afin de permettre aux expertises présentes de prendre toute l’expansion nécessaire afin de servir toute la population.

**Daniel Latulippe
Directeur général**