

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS
sur le plan d'action en santé mentale 2005-2008,
document de consultation du 17 décembre 2004

par le professeur Alain Lesage,
Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal
et Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le Plan d'action en santé mentale proposé par la Direction de la santé mentale du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec m'apparaît comme un exercice tout à fait légitime de la part de cet ordre de gouvernement dans le système de santé et de services sociaux publics que nous avons au Canada. Suite à sa Politique de santé mentale de 1989, mais aussi de sa Stratégie de Prévention du suicide, le gouvernement québécois a procédé à des évaluations de celles-ci et à de nouveaux cycles de plans d'organisation des services de santé mentale et sur le suicide. Il propose ici son évaluation des progrès, des orientations, tenant compte des forces et faiblesses dans l'atteinte des objectifs, apporte des propositions et des priorités d'action pour les quatre prochaines années.

L'exercice est d'autant plus valable qu'il est très bien soutenu par la priorité générale du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec à l'égard de la santé mentale et très bien encadré dans l'orientation générale du système de santé et des services sociaux du Québec. En effet, le Plan s'appuie et se développe autour de l'accessibilité et du plan d'organisation général défini par la loi 25, laquelle conjugue une approche territoriale, une hiérarchisation des soins et une approche de projets cliniques par programmes clientèles au niveau local. Il s'inscrit également dans le projet général de l'état du financement de santé des services sociaux au niveau régional et une approche par enveloppe globale. Le Plan d'action dans ses définitions des rôles pour les services de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne et sa priorité au développement des services de première ligne pour l'évaluation et le traitement des troubles mentaux se propose en harmonie avec l'esprit de la loi 25. Ce plan d'action est donc marqué par une grande cohérence, un effort important de baliser le travail à accomplir au niveau de l'organisation des services en santé mentale et définit également son propre rôle de la Direction de la santé mentale sans s'ingérer dans les responsabilités organisationnelles et de reddition des services confiées au niveau local et régional.

Le document a aussi l'avantage de donner quelques balises, les besoins de services dans un bon système de santé mentale. Ces normes vont soutenir le travail de planification et d'organisation des services au niveau régional et local. Ces normes qui peuvent être mesurées par des systèmes d'information qui permettront d'opposer les résultats atteints par rapport aux normes proposées.

Les commentaires qui vont suivre sont d'abord ceux plus structuraux et les suivants plus spécifiques afin de soutenir le développement d'un Plan d'action final qui soit le plus utile possible, offrant l'expertise dont je dispose.

I. COMMENTAIRES STRUCTURAUX

I.1 Préciser le modèle et le rôle de l'équipe de première ligne en santé mentale

Il vaudra mieux préciser la vision des rôles, des tâches et du nombre de personnes à desservir au niveau de la première ligne. Une première ligne qui comprendrait selon le Plan d'action, les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de première ligne, une équipe de base en santé mentale, les organismes communautaires et les acteurs locaux comme l'école, les services policiers, etc. Le document présente longuement l'équipe de base, de première ligne en santé mentale; une équipe de 20 intervenants et une responsabilité très large comme guichet unique pour les services de première ligne en santé mentale, des fonctions de promotion, prévention, évaluation, traitement, réadaptation et réinsertion; et une charge de 1.5% (l'équivalent pour un territoire de CSSS de 100 000 habitants, 1500 personnes).

Ce rôle est trop large et n'intègre pas bien le rôle 'de facto' des fournisseurs de première ligne actuels qui voient 7 à 9% de la population (7000 à 9000 personnes pour un territoire de CSSS de 100 000 habitants), selon Lesage (1996)¹ que vous citez en page 46 pour soutenir des normes. Il est peu compréhensible également comment il peut être le guichet unique pour les personnes souffrant de troubles mentaux dans le CSSS- 1 personne sur 5, soit 20% de la population dans la dernière année. Les services requis au niveau de l'évaluation et du traitement des troubles mentaux en première ligne sont de loin plus larges que 1,500 adultes, il s'agit en fait de 1 personne sur 5, 18 % dans la dernière année selon l'étude menée par L. Fournier et collaborateurs de la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre (2001)² (soit 18 000 personnes pour un territoire de CSSS de 100 000 habitants).

La première ligne d'évaluation et de traitements 'de facto' en santé mentale est constituée par les médecins de famille, les psychologues en privé ou en public par exemple dans les milieux scolaires pour les enfants et adolescents et des travailleurs sociaux si l'on se fie aux résultats de l'enquête de Statistique Canada sur la santé dans les communautés canadiennes cycle 1.2 que vous citez mais également les études faites antérieurement dans les secteurs québécois (Lesage, 1996). Cette première ligne 'de facto' n'est pas bien reconnue dans le document et ne devrait-elle pas être le guichet, la porte d'entrée principale de traitements pour les soins de santé mentale en première ligne? Comme pour le modèle que vous proposez pour les enfants et adolescents, l'équipe de base en santé mentale adulte devrait venir en soutien à ces fournisseurs de première ligne, évaluer et référer les personnes qui n'ont pas de fournisseurs, suivre un

¹ Lesage AD. Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques. Santé mentale au Québec, XXI(1), 79-96, 1996.

² Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais.

petit nombre présentant des besoins dépassant la capacité habituelle des fournisseurs de première ligne mais en deçà de l'intensité ou de l'expertise requise pour les personnes nécessitant un suivi en 2^{ième} ligne.

Pour les enfants et adolescents, le modèle proposé d'une première ligne en santé mentale, basé sur le CSSS est un système d'évaluation et de référence pour les cas plus compliqués ou non desservis encore ou identifiés, incluant les cas plus complexes nécessitant une référence à la deuxième ligne. Cette équipe de base en santé mentale, une par CSSS, ne prétend pas offrir évaluation et traitements à tous les enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux (1 enfant/adolescent sur 10 à 1 sur 5 dans la dernière année) avec ses quelques intervenants ! Les quelques enfants qu'ils vont voir ne recevront pas de services de traitements, sauf pour les cas un peu plus complexes où ils pourraient agir comme agents de liaison et rarement d'intervenants pivots, des cas très sélectionnés et certainement pas pour l'ensemble des cas qui doivent être évalués et traités essentiellement par les fournisseurs en première ligne. L'ensemble des enfants et adolescents ayant des troubles mentaux sont 'de facto' traités en première ligne à partir des ressources disponibles en première ligne que ce soit les médecins généralistes, les psychologues, orthopédagogues et travailleurs sociaux œuvrant tant en privé que dans le secteur scolaire en particulier et où on inclura évidemment les pédagogues.

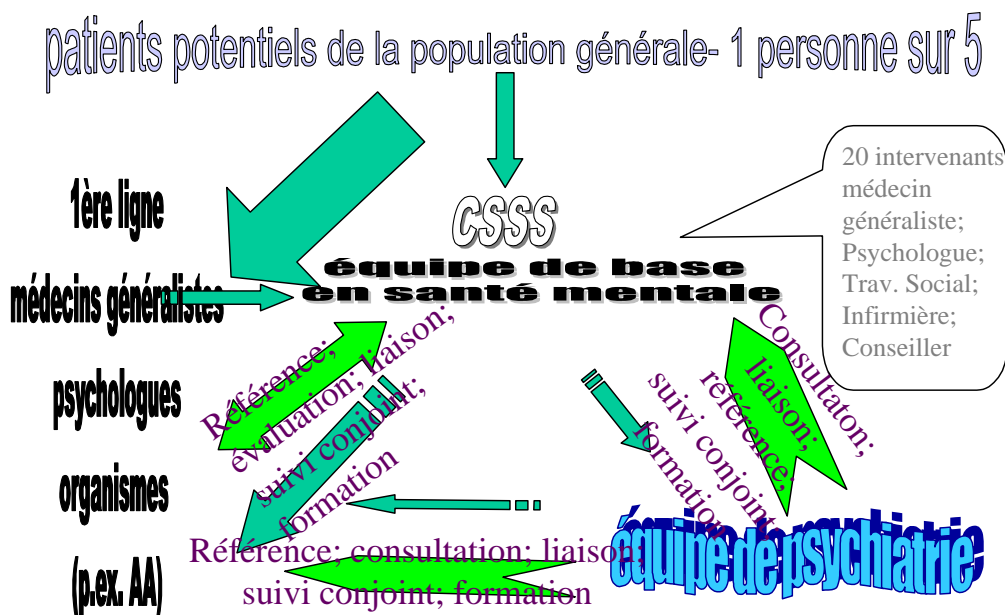
Le rôle de l'équipe de première ligne en santé mentale basé sur les CSSS doit être beaucoup mieux délimité afin d'éviter de le présenter comme le guichet d'entrée pour les services de santé mentale en première ligne mais bien plutôt de le présenter comme assurant le passage vers les services de deuxième ligne, assurant le suivi et le traitement de certains cas seulement et surtout agissant comme point de référence pour l'ensemble des intervenants de première ligne, généralistes, psychologues et travailleurs sociaux qui rendent l'évaluation et le traitement pour les soutenir dans leur travail par l'évaluation et consultation, la formation, l'offre de certains traitements bien délimités, la liaison et le suivi conjoint à l'occasion.

Il se peut que l'intention de la Direction de la santé mentale soit aussi d'ajouter au rôle de l'équipe de base en santé mentale, le suivi des personnes souffrant de troubles mentaux graves nécessitant un intervenant pivot mais dont l'intensité et le niveau de spécialisation du suivi ne requièrent pas qu'il soit assumé par l'équipe de santé mentale de deuxième ligne. Il faudra alors établir le nombre d'utilisateurs concernés et un ratio adéquat intervenant/utilisateur pour bien accomplir le suivi requis.

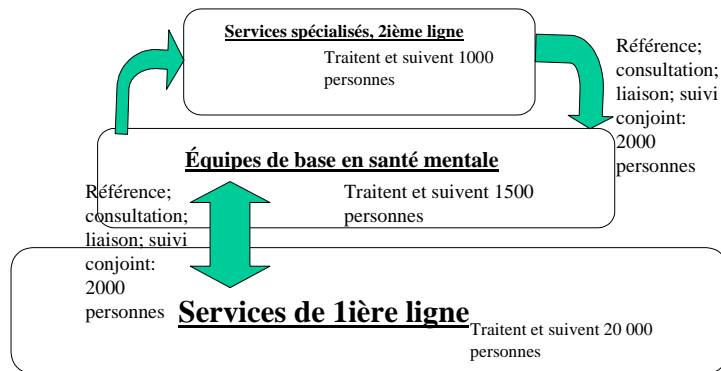
Tous ces paramètres doivent être compris et vont déterminer à la fois l'ampleur du nombre de personnes suivies, les mécanismes de référence et la tâche que devra assumer cette équipe de première ligne en santé mentale en rapport aux fournisseurs de services de première ligne et l'équipe de deuxième ligne. Mais il est clair que lui confier la tâche de guichet unique pour toute personne requérant des services de santé mentale de la population est simplement irréaliste et peut conduire très rapidement à un engorgement complet de ces intervenants de l'équipe de base en première ligne, et bloquer l'accessibilité. De plus, il risque de nier que le point d'appui pour l'évaluation et

le traitement des conditions mentales les plus courantes repose sur les intervenants de première ligne qui eux sont de loin plus nombreux que toute équipe de santé mentale que le CSSS pourrait créer. Ne trouve-t-on pas en moyenne au Québec, au niveau d'un secteur de 100,000 habitants, au moins une centaine de médecins de famille et une soixantaine de psychologues? Ce sont eux qui certainement pour les adultes sont le point d'appui de l'évaluation et du traitement et qui ont besoin de soutien d'une équipe de première ligne en santé mentale basée sur le CSSS pour pouvoir encore mieux remplir leur rôle. Reviendrait à l'équipe de base en santé mentale les cas plus complexes ou nécessitant des approches plus spécifiques (p.ex. un groupe de traitement de l'agoraphobie ou de troubles de la personnalité limite) en collaboration avec l'équipe des services spécialisés en psychiatrie, la 2^{ème} ligne.

Lors de travaux antérieurs sur les soins partagés en santé mentale, j'ai été amené à dessiner un modèle qui en rétrospective est très près de celui proposé. Voici ce modèle avec dans un premier temps le modèle et dans un deuxième temps une proposition des nombres de personnes pour chaque niveau de services, dans un territoire de CSSS de 100 000 habitants. Mes talents en représentation graphique sont bien limités, et je suis certain que vous pourrez faire bien mieux ! Mais j'espère transmettre ici l'importance de penser le système en termes des besoins, des structures, de leurs rôles et de l'ampleur de la tâche demandée aux intervenants et aux équipes.



pour un territoire de CSSS de 100 000 habitants,
1 personne sur 5 avec troubles mentaux dans la dernière année



1.2 Sous-estimation des besoins en ressources résidentielles supervisées

Les normes fournies pour ces besoins à la page 21 suggèrent 14 places en ressources intermédiaires ; 32 places en ressources de type familial et 58 places sous forme de soutien au logement dans lesquelles sont inclus maintenant les appartements supervisés. Si de façon générale il est tout à fait dans le sens des meilleures pratiques pour la grande majorité des usagers souffrant de troubles mentaux graves et nécessitant un soutien au logement de promouvoir l'accès au logement autonome et une approche de soutien clinique et psychosocial en logement autonome, il est aussi reconnu le besoin dans un système équilibré de soins de santé mentale de disposer de milieux résidentiels supervisés en nombre suffisant. Or, les besoins proposés ne correspondent pas à ceux que notre groupe de recherche avait évalué et rapporté dans un article qui sert pourtant de référence aux normes proposées par le Plan d'action³. Le Plan d'action n'explique pas la logique utilisée pour réduire de cette façon les besoins en ressources intermédiaires et par ailleurs d'augmenter un peu les besoins de ressources de type familial au-delà de ce que nous avons évalué.

Or, les risques d'une sous-estimation sont particulièrement importants étant donné qu'il est proposé à mon avis, des nombres insuffisants de ressources-clés comme alternatives à l'hospitalisation de courte durée. Notre groupe de recherche l'a bien montré dans ses études précédentes tant à Montréal que sur la rive sud au Centre hospitalier Charles Lemoyne ou au Centre hospitalier du Centre de la Mauricie⁴. Il

³ A. Lesage et al. Toward benchmarks for tertiary care for adults... Canadian Journal of Psychiatry, 48(7) : 485-492, 2003

⁴ Gélinas D, Lesage AD, Bisson J. Identification des ressources résidentielles et des modalités de suivi nécessaires à la poursuite du traitement psychiatrique dans un contexte ambulatoire à l'Hôpital Charles LeMoynes. Une étude menée conjointement avec le Département de psychiatrie et

faut se rappeler aussi que dans l'étude évaluant le besoin en particulier de ces ressources résidentielles supervisées (Lesage et al., 2003, op.cit.), nous avons tenu compte de l'évaluation des besoins en suivi intensif et en suivi modéré pour arriver à ces projections. Le seul argument à la réduction considérable des milieux résidentiels supervisés par rapport à l'évaluation de notre article, serait de soutenir que les besoins en milieu urbain sont plus élevés qu'ailleurs au Québec. On argumenterait alors des besoins plus grands en milieu urbain qu'à cause de la prévalence de troubles psychotiques qui serait plus importante selon la littérature⁵ et qui est reconnue par ailleurs dans des pays comme la Grande-Bretagne selon une méthodologie que nous avons aussi appliquée dans une étude d'un secteur urbain de Montréal⁶. À combien situer ces besoins relativement plus élevés en grand milieu urbain? Nous suggérons d'envisager 2 à 3 fois plus élevés.

Quels que soient les besoins relatifs plus élevés en milieu urbain pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, il faudrait tout de même respecter les besoins relatifs plus importants en ressources de type intermédiaire qu'en ressources de type familial surtout avec l'évolution de la clientèle plus jeune, pour qui les résidences de type familial pourraient ne plus convenir. On pourrait arguer par ailleurs que ces dernières sont prêtes à s'adapter et à fournir des conditions différentes de celles des décennies précédentes (Myra Piat et al. 2002)⁷.

Il serait également avisé de situer à côté des besoins en services résidentiels, ceux en services hospitaliers de soins de courte et longue durée. Les besoins en services hospitaliers de courte durée proposés sont cohérents avec ceux évalués dans les travaux précédemment cités. Toutefois, c'est surtout au niveau des lits de longue durée que le document est peu loquace et ne reconnaît pas le rôle de l'offre de services d'hébergement de longue durée en CHSLD. Les mêmes travaux précédemment cités avaient permis d'évaluer les besoins en CHSLD et en lits de longue durée. Il peut être

de ses services ambulatoires de l'Hôpital Charles LeMoine à Greenfield Park et du Module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à Montréal. Greenfield Park, 16 octobre 2000. ISBN-2-922772-01-2.

Lesage AD, Gélinas D. L'utilisation des lits de courte durée et des alternatives à l'hospitalisation. Une étude du programme de santé mentale du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie et du module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Shawinigan, le 5 janvier 1999. ISBN 2-9802210-8-2.

Lesage AD, Bonsack C, Clerc D, Vanier C, Charron M, Sasseville M, Luyet A, Gélinas D. Alternatives to Acute Psychiatric Care in East-End Montreal. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 49-55, 2002.

⁵ Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R, Selten JP, Van Os J. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychol Med*. 1998 Jul;28(4):871-9.

⁶ Lesage AD, Clerc D, Uribé I, Cournoyer J, Fabian J, Tourjman V, Van Haaster I, Chang C-H. Estimating Local-Area Needs for Psychiatric Care : A Case Study. *British Journal of Psychiatry*, 169, 49-57, 1996.

⁷ Piat M, Ricard N, Lesage AD. Les responsables de résidences d'accueil : Partenaires dans la transformation des services en santé mentale? Rapport de recherche pour les Fonds de recherche en santé du Québec Programme conjoint FRSQ-CQRS-MSSS de subventions de recherche en santé mentale (Projet subventionné # 990679). décembre 2002. ISBN-2-920080-84-9.

argué qu'il existe pour une partie de la clientèle pouvant requérir des places en centre hospitalier de longue durée une équivalence fonctionnelle et dans les faits on retrouve dans au moins une région au Québec l'histoire documentée de personnes qui auraient pu requérir des lits de longue durée et qui sont dans un CHSLD⁸. Il existe aussi la possibilité de développer des alternatives à l'hospitalisation de longue durée et l'article cité⁹ suggère que des approches inspirées des meilleures pratiques dans la transformation des services de santé mentale au Canada, soit celles de Seven Oaks en Colombie Britannique pourraient être une alternative à des lits hospitaliers de longue durée.

En résumé, la recommandation globale serait de reconnaître des besoins plus importants en places d'hébergement de longue durée en CHSLD (nous avons suggéré 20 places par 100,000 habitants), plus de places en ressources intermédiaires (nous avons suggéré 40 places par 100,000 en foyers de groupe) et un nombre moins grand de places en familles d'accueil (nous avons suggéré 26 places par 100,000 habitants). Enfin, si le suivi intensif et le soutien au logement peuvent réduire le nombre de places en appartements supervisés tels que conçus actuellement, certaines personnes vont requérir un suivi plus intensif sur place et ceci pourrait réserver des surprises surtout si la mise en place du suivi intensif tarde dans les régions: nous maintenons que plus de 51 places par 100,000 habitants en appartements supervisés devraient être prévues. Des ressources insuffisantes à ces niveaux résidentiels supervisés et de suivi intensif et modéré, vont accroître la pression sur les ressources hospitalières, et comporter des risques de glissement vers le logement inacceptable, vers les pressions sur les aidants naturels, vers l'itinérance ou vers les services judiciaires.

1.3 La reconnaissance d'autres services de troisième ligne au Québec

Le document suggère à juste titre que le nombre de services reconnus de troisième ligne, les services de traitement surspécialisés en psychiatrie, des services nationaux ou au moins supra-régionaux, doit être limité, leur nature et leurs rôles bien délimités. Quatre autres types de services de troisième ligne devraient aussi être reconnus:

- les troubles de l'enfant et de l'adolescent
- les troubles de la personne âgée
- la comorbidité trouble mental grave et toxicomanies
- la réadaptation et traitement intensif pour les personnes présentant des troubles mentaux les plus graves

⁸ Trudel JF, Lesage A. (2005) Le sort des patients psychiatriques très sévèrement et durablement atteints lorsqu'il n'y a pas d'hôpital psychiatrique :étude de cas en Estrie, Québec. Santé Mentale au Québec (sous presse).

⁹ Trudel JF op.cit.

1.4 Toxicomanies

La comorbidité avec l'abus/dépendance à l'alcool et aux drogues chez les personnes souffrant de troubles mentaux n'est pas rare chez les personnes présentant des troubles mentaux courants, est fréquente chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves. À l'inverse, la présence de troubles mentaux courants, surtout l'anxiété mais aussi la dépression, est fréquente chez les personnes souffrant d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Si le document intègre la problématique du suicide avec celle des troubles mentaux, il est silencieux pour les problèmes de toxicomanies et de problèmes avec l'alcool. Que vont comprendre les intervenants de première ligne qui voient quotidiennement ces personnes aux prises avec ces problèmes?

Les résultats préliminaires de l'analyse des besoins non comblés émergeant de l'audit systématique de 100 cas consécutifs de suicide dans la province de Nouveau-Brunswick sont instructifs. Le groupe de recherche a été surpris dans cet échantillon représentatif de tous les cas de suicide de l'ampleur des problèmes de toxicomanies et du manque de services pour ces problématiques et des déficits notés dans la coordination entre les services de toxicomanie et les services spécialisés en santé mentale. Les recommandations au gouvernement du Nouveau-Brunswick vont aller dans le sens de la nécessité d'établir au niveau de la province et évidemment des régions des collaborations entre les services de toxicomanies et de santé mentale et une formation en ce sens de tous les intervenants.

Il s'agit d'une zone d'ombre dans la planification. Il faut souhaiter que le MSSS se dote d'une politique intégrée, une proposition pour la hiérarchisation des soins pour les problèmes de toxicomanies et que nous ayons en 2009-2012, un Plan d'Action en Santé Mentale et Toxicomanies. La Colombie-Britannique s'est dotée récemment d'une politique sur les toxicomanies ¹⁰.

¹⁰ <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/>

2. COMMENTAIRES SPÉCIFIQUES

2.1 Page 3, objectif général

« ... d'un système efficace »- remplacé par « ... d'un système efficace ». Le but du plan d'action est la meilleure utilisation des ressources disponibles pour accéder au plus grand nombre de personnes ayant des besoins pour leur offrir des interventions ou des stratégies d'interventions qui sont efficaces. L'efficace se réfère à l'équilibre entre les ressources disponibles et le nombre de personnes rejointes.

2.2 Page 3, principes directeurs

Cette section mériterait d'être considérée. Elle énonce une série de valeurs. Elles sont toutes légitimes. Toutefois, elles touchent des niveaux individuels, parfois programmatiques, d'autre fois systémiques. Elle mériterait d'être relue en considérant les neuf valeurs suggérées par Thornicroft et Tansella et citées en page 6 du document Kovess et al. 2001¹¹: ces valeurs sont l'autonomie, la continuité, l'efficace, l'accessibilité, la globalité, l'équité, la responsabilité, la coordination et l'efficace.

Ma lecture de celles présentées serait la suivante : répondre aux besoins touche à la continuité et l'accessibilité ; informer et outiller les personnes touche l'autonomie ; intervenir précocement et dans les services de première ligne touche l'efficace ; favoriser l'intégration sociale touche encore l'autonomie ; reconnaître le potentiel des personnes touche la stigmatisation, la discrimination et ne se retrouvait pas comme telle dans les neuf valeurs de Thornicroft et Tansella bien qu'elle recoupe un peu celle de l'autonomie, c'est une valeur ajoutée dans le présent document; développer une culture de collaboration touche la coordination et la continuité. Il y a donc la possibilité de réduire ce nombre de principes directeurs et les ordonner différemment, peut-être de les nommer différemment et de les rendre plus explicites.

2.3 Dans les actions prioritaires pour la promotion de la santé mentale présentées en page 7

La proposition d'action implique la Direction de la santé mentale en collaboration avec la Direction générale de la santé publique et de la Direction des communications pour réduire la stigmatisation et la discrimination via une campagne nationale. Il me semble que la proposition telle que formulée ne prend pas appui sur les partenaires provinciaux et canadiens qui pourraient soutenir une telle campagne, y participer de façon très active, de se voir confier le leadership à ce niveau, et surtout être reconnus dans leur travail déjà accompli dans cette direction. Au Québec, nous avons le privilège d'avoir au moins deux campagnes directement liées à la promotion et à la prévention de

¹¹ Kovess V, Lesage AD, Boisguérin B, Fournier L, Lopez A, Ouellet A. Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Paris : Médecine-Sciences Flammarion. 209 pages, 2001.

la maladie mentale, soit celle de la semaine de la santé mentale promue par l'Association canadienne pour la santé mentale et celle de la semaine de la maladie mentale promue par un consortium canadien et qui se déroule à chaque automne. (Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale). Ces efforts devraient être les points d'appui et ces partenaires les meneurs auxquels le Ministère pourrait s'associer dans sa campagne. C'est aussi dans l'esprit que les usagers et la population doivent être partie prenante du Plan d'action. À partir de cette base de deux semaines par année, un plan de promotion et de prévention pourrait être établi avec ces partenaires pour agrandir le nombre de partenaires et porteurs de messages. Ne pourrait-on pas de plus, considérer créer une synergie avec la semaine de prévention du suicide?

On notera que l'Alliance canadienne pour les maladies mentales et la santé mentale comprend entre autres l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association des troubles de l'humeur du Canada, l'Association des psychiatres du Canada, l'Association des psychologues du Canada, l'Association Médicale Canadienne pour ne citer que ces partenaires et l'esprit de mobilisation qui doit accompagner de telles campagnes.

2.4 En page 12, on cite le document de Thornicroft et Tansella, What are the arguments for community-based mental health care, OMS, 2003

Avec comme partenaires les établissements psychiatriques Douglas et Robert Giffard, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a procédé à la traduction en français de ce document avec l'approbation des auteurs et de l'Organisation mondiale de la santé. Le document se trouve donc maintenant disponible en français sur le site web¹².

2.5 En page 14, on propose

Pour le soutien à l'équipe de première ligne adulte le soutien d'un psychiatre répondant équivalent temps complet par 50,000 habitants. Il n'existe pas à ma connaissance de points de référence dans la littérature sur ce besoin, mais je peux au moins confirmer que dans une communication personnelle le Docteur Nick Kates, figure de proue des soins partagés en santé mentale au Canada rapportait que dans son expérience à Hamilton en Ontario que l'équipe de deuxième ligne en santé mentale consacrait dans son modèle à peu près 20 % de son temps au rôle de répondant en première ligne. Si on évalue à un psychiatre pour adultes par 10,000 habitants au Québec, ceci correspondrait bien à l'évaluation des besoins faite à ce niveau dans le Plan d'action.

2.6 En page 15, dans la description du traitement spécialisé

il serait important d'indiquer que dans l'équipe de santé mentale de deuxième ligne, les psychiatres, les psychologues, mais également infirmières, travailleurs sociaux et autres professionnels y assument un rôle et doivent être dotés d'une expertise différente de celle attendue pour un rôle de ces professionnels pour l'évaluation et les traitements en première ligne. En effet, s'ils doivent être certainement capables de rendre des

¹² http://www.who.dk/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030822_1?language=French

services en première ligne, des psychologues par exemple en deuxième ligne doivent avoir la capacité d'assumer des cas plus complexes et doivent pouvoir agir comme superviseurs et formateurs pour leurs collègues et autres professionnels de première ligne pour des interventions psychologiques spécifiques. Il en est de même pour les travailleurs sociaux et les infirmières de deuxième ligne en santé mentale lesquels devraient être dotés d'une forte expertise pouvant agir comme consultants pour leurs collègues en première ligne. Par exemple une infirmière praticienne en santé mentale pourrait agir au niveau des CHSLD pour évaluer et former à la gestion des problèmes de comportement associés à des syndromes organiques cérébraux ou encore à la dépression ou un travailleur social spécialisé pour l'évaluation des capacités parentales de personnes souffrant de troubles mentaux graves. Le service spécialisé de deuxième ligne devrait se voir confirmer ce rôle de soutien- développement aux intervenants de première ligne dans la liste des rôles que vous proposez dans le troisième paragraphe de la page 15.

2.7 En page 19, avant dernier paragraphe

l'intervenant doit également établir des liens avec les proches de la personne, ajouter « ...avec la personne et ses proches. »

2.8 En page 25, troisième paragraphe, l'approche du MSSS avec les instances régionales concernées pour les moyens de prévention adaptés à la réalité complexe de chaque communauté autochtone

Vous pourriez bénéficier de la toute récente formation par les Instituts de recherche en santé du Canada d'une équipe émergente pour évaluer et suggérer des pistes d'interventions de la prévention du suicide chez ces peuples autochtones du Nord. Reposant sur des chercheurs québécois détenant une haute expertise et des partenaires canadiens émergeant de la communauté autochtone l'équipe est dirigée par le docteur Gustavo Turecki et comprend le Dr Laurence Kirmayer, tous deux de l'Université McGill. Être associé à leurs travaux dès le début permettrait un excellent transfert de connaissances et d'appui vers vos nouvelles actions.

2.9 Mieux souligner l'interaction prévention du suicide et traitement des troubles mentaux; la formation

Le Plan d'action vise à augmenter l'accessibilité aux traitements des troubles mentaux et ceci constitue en soi une des stratégies importantes de prévention du suicide. Le Plan d'action bénéficierait de mieux lier l'intervention de prévention et d'action face au suicide avec celle sur les troubles mentaux, entre autres quand il s'agit de la formation aux intervenants de première ligne. On pourrait plus facilement imaginer présenter un programme intégré de formation aux intervenants de première ligne qui parlerait à la fois de la détection et du traitement des troubles mentaux, des toxicomanies, des risques associés à ces conditions dont les risques suicidaires et la gestion du risque suicidaire plutôt que de séparer ces différentes formations comme il est suggéré en page 27 pour l'intervention de crise suicidaire dans la proposition de formation nationale.

2.10 En page 32, dans l'institut universitaire en santé mentale

Le dernier paragraphe omet d'ajouter le rôle de cet institut, reconnu dans les critères de désignation, dans l'évaluation des technologies et des moyens d'interventions en santé mentale en collaboration avec d'autres agences provinciales et d'autres centres hospitaliers universitaires.

2.11 Référence en troisième ligne

En page 33, en définissant les services de troisième ligne, ces derniers ne devraient-ils par être accessibles sur référence seulement de la deuxième ligne afin de bien préserver leur rôle. C'est certainement le mode de fonctionnement général d'une ressource bien reconnue de troisième ligne comme l'Institut Philippe Pinel.

2.12 Intervenant-pivot

En page 34, parlant de l'intervenant pivot, ne faudrait-il pas ajouter que ce dernier peut se retrouver dans l'équipe mobile d'interventions de crise de première ligne qui est suggérée?

2.13 En page 36, le modèle intéressant proposé

ne comprend pas comme suggéré dans notre commentaire structural, à côté des médecins omnipraticiens et psychiatres, une case pour les autres intervenants en première ligne comme les psychologues, travailleurs sociaux, etc.

2.14 En page 42, le soutien de la recherche

J'ai apporté plus de commentaires conjointement avec mes collègues de l'axe services du réseau de recherche en santé mentale et neurosciences du Québec, financé par le FRSQ, lors de notre témoignage à la consultation du 2 février 2005. D'emblée, je me réjouis de ce rôle plus important donné à la recherche évaluative et je puis vous assurer de mon meilleur concours à soutenir la Direction de la santé mentale et le Ministère dans la réalisation de ce Plan d'action au mieux de mon expertise et dans le respect des responsabilités et des rôles du Ministère. Il faut se réjouir aussi de la convocation de différents groupes de chercheurs convoqués en consultation le 2 février 2005 dernier et qui pourront aussi soutenir le Ministère. Rappelons la présence à cette consultation de l'axe services du réseau de recherche en santé mentale financé par le FRSQ, de l'Institut National de Santé Publique du Québec, des chercheurs des groupes CRISE et McGill sur le suicide, du groupe de chercheurs associés au GRIOSE de Québec, des chercheurs sur les toxicomanies associés au RISQ.

2.15 En page 48, ajouter une évaluation indépendante pour suivre et évaluer

Le Plan d'action propose plusieurs avenues pour se soutenir par l'évaluation et la recherche. Il est nécessaire et légitime que l'évaluation de l'implantation du Plan d'action soit effectuée par la Direction de la santé mentale en collaboration avec la direction de la recherche et l'évaluation du MSSS. Une évaluation devrait être aussi menée par des acteurs importants avec l'aide de chercheurs québécois émergeant des milieux académiques, des centres de recherche et de l'Institut national de santé publique. Ces acteurs importants sont des représentants d'usagers et de familles, mais aussi d'organisations provinciales professionnelles et représentants d'organismes communautaires. Un tel programme d'évaluation avait été commandité par le gouvernement régional de Londres auprès d'un organisme indépendant d'évaluation des services de santé mentale, le King's Fund en 1997 sur l'état de la santé mentale à Londres¹³. Une telle évaluation représenterait un juste complément aux différentes propositions pour suivre et évaluer.

¹³ King's Fund. London's Mental Health. King's Fund London Commission. 1997. ISBN 11 85717 139 X