

LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2008

Hubert Wallot md, PhD FRCP©, DFAPA, professeur titulaire (Téluq), psychiatre (CH Robert Giffard), professeur de clinique (U.Laval)

Ie PARTIE LE CADRE GÉNÉRAL

En juin 2005, le MSSS (*Ministère de la santé et des services sociaux*) a lancé la version finale d'un document intitulé : *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (ci-après appelé PASM) sous-titrée : *La force des liens*. Ce document fut élaboré à partir des recommandations d'un comité d'experts et peu modifié par un processus restreint de consultation.

I.1 Toile de fond et principe fondamental

Ce PASM s'inscrit dans la réforme des services de santé en cours, laquelle vise à introduire une approche populationnelle et à accroître l'accessibilité sur tout le territoire, notamment par la fusion d'établissements à travers la création de CSSS (Centre de santé et de services sociaux) et à travers le développement de quatre RUIS (Réseau Universitaire Intégré en Santé) ayant à rendre accessible partout les services les plus spécialisés. Les CSSS constituent, selon que les milieux soient en régions rurales, urbaines ou universitaires, des regroupements variables d'établissements d'entrée dans le système comme des CLSCS, des CHSLD (centres d'hébergement ou d'hospitalisation de longue durée), d'hôpitaux (y compris des centres hospitaliers de courte durée). « *Les 95 CSSS, en voie d'implantation, sont l'assise de l'aspect populationnel de la réforme. Ces nouveaux établissements locaux ont le mandat d'élaborer un plan de services pour la population de leur territoire, de stimuler et de coordonner la participation de leurs partenaires dans le cadre d'une approche propice à assurer la fluidité entre les niveaux d'intervention et les services. (...) La hiérarchisation des services vise à offrir le bon service, à la bonne personne, par le bon intervenant, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit.* » (p.14). Les CSSS sont donc censés assumer la responsabilité populationnelle autrefois dévolue au ministère lequel, néanmoins décentralisait bien cette responsabilité dans les régies régionales, organismes initialement conseil, devenus par la suite décisionnels, puis enfin transformés en des extensions du ministère de la santé, sans résultats convaincants de coordination des services. Cette réforme n'est pas pour nous sans inquiétudes. L'expérience n'a aucunement démontré la valeur des fusions d'établissements amorcées même avant la réforme Rochon. Et l'intégration d'établissements rendant des services de niveaux variés de spécialisation ou de nature va à l'encontre du principe « *distinguer pour unir* » du philosophe Jacques Maritain, qui semblait avoir inspiré la réforme de la santé des années. Cette réforme spécifiait les établissements selon les niveaux de soins et prévoyait justement une instance régionale (le CRSSS devenu Régie régionale) pour décider de la coordination des missions d'établissements et de l'allocation des ressources. La réforme actuelle prétend faire la même chose à partir d'établissements. En association des hôpitaux à la formation des CSS, se protège-t-on d'un retour à l'hospitalo-centrisme que la réforme des années 70' avait commencé à contrer. Une grande organisation, outre la lourdeur administrative et la lenteur à l'adaptation aux besoins changeants, tend à uniformiser les pratiques

et à met à risque les possibilités d'innovation particulièrement dans un domaine comme la santé mentale où l'unanimité n'existe pas au niveau des théories et des pratiques. Notons toutefois que la réforme actuelle en cours tend à déplacer le centre décisionnel vers un niveau plus bas, le CSSS.

I.2- Problèmes et gradation des solutions

Le premier élément mentionné par l'introduction au PASM n'est pas un objectif de santé mentale, mais un moyen: « *le MSSS a fait un choix stratégique important qui conditionne l'ensemble des mesures de ce plan. En effet, le développement prioritaire de services de première ligne rapidement accessibles pour toute la population est à la base de ce plan.* » (p.8) On lit d'ailleurs plus loin : « *L'objectif général poursuivi par le présent plan d'action est de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire.* » (p.12) C'est une équipe ministérielle orientée vers l'**action** qui mène le bal et l'insistance sur des services adéquats de première ligne correspond aux orientations mondiales, notamment de l'OMS. Plus loin, on lit que

Le PASM énonce sept enjeux :

- 1) le rétablissement de la personne dans sa globalité;
- 2) investir à contrer les tabous, fausses croyances et la stigmatisation;
- 3) améliorer l'accessibilité des services de santé mentale de 1^e ligne (soins de santé généraux);
- 4) utilisation optimale des ressources;
- 5) réorganisation des services de 2^e ligne (i.e. spécialisés) en accentuant leur soutien à la 1^e ligne;
- 6) rendre accessible sur tout le territoire les services pour les jeunes;
- 7) réduire les décès par suicide.

Quant à la clientèle psycho-gériatrique à l'heure d'une population vieillissante au Québec comme d'ailleurs en occident, elle n'est mentionnée nulle part dans le document. Aucun énoncé sur ce qu'est la santé mentale mais en 3^e page, on a un objectif général, qui est un système efficace de traitement et de soutien pour tout le monde, tous âges et toutes conditions confondus, la recette étant la hiérarchisation des services en trois lignes (ou niveaux) . Cette dernière vise, selon la formulation un peu bureaucratique, « *vise à offrir le bon service, au bon client, par la bonne personne, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit.* » On aurait pourtant pu s'inspirer brièvement du document *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre* (Gouvernement du Canada, Cat, H39-128/1988F), ou encore, quoique moins satisfaisante sur le plan théorique à notre avis, de la *Politique de Santé mentale du Gouvernement du Québec* (1989). La *Politique* insiste sur l'adaptation des services aux besoins de l'individu malade ou à risque pour mieux l'intégrer à son milieu, et le document fédéral avantageusement n'oppose pas santé et maladie (beaucoup de gens ont des maladies contrôlées, mais sont à risque d'autres problèmes de santé ou d'un déséquilibre) et il insiste sur la préservation de l'équilibre notamment grâce à

l'adaptation de l'environnement à l'individu, donc sur l'action sur les facteurs de risque collectifs, ce qui est plus engageant politiquement.

Au niveau de l'implication des personnes utilisatrices, conformément aux recommandations de l'OMS (2001), le document prétend que le Québec fait déjà « figure de précurseur » (p.) mais entend accentuer l'importance de leur voix dans les « *décisions qui relèvent de l'organisation des services de santé mentale* » et « *dans les débats sur les principes et les pratiques régissant le domaine de la santé mentale.* » (p. 16)

I.3- Prévention, promotion, et soins de 1^{ière} et 2^{ème} ligne

I.3.1 Prévention

Sur le plan des actions prioritaires, le PASM propose tout d'abord de mobiliser les divers intervenants pour réaliser des activités d'information et de sensibilisation auprès de la population « *visant à réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale* » (p.18) Notamment, chaque CSSS devra réaliser une campagne locale d'éducation en adaptant un thème national. Ce qui, dans le jargon vieillissant mais néanmoins éclairant de Kaplan, correspond à de la prévention tertiaire en raison d'une optique de réadaptation, alors qu'on peut concevoir une information dans une optique de *prévention primaire* (agir sur les causes) et *secondaire* (agir sur le dépistage précoce). Ensuite, de mettre sur pied sur tout le territoire, des *services de crise* qui ont montré, là où ils existent, qu'ils peuvent prévenir des crises plus graves par une intervention précoce visant à restaurer l'équilibre ébranlé, ce qui est de la *prévention secondaire*. Le document n'insiste pas trop sur l'importance de la qualité de l'accueil à l'urgence. Accueil qui se traduit aussi par les règles de fonctionnement. Certains milieux sont, pour les patients psychiatriques, un début d'enfermement avec blouse blanche, ce qui ne convient pas à toutes les situations d'urgence psychiatrique.

I.3.2 La première ligne: un niveau à deux niveaux?

L'enjeu majeur du PASM est la hiérarchisation des services sur trois niveaux, trois lignes de services, mais, selon nous, ce langage d'origine apparemment militaire devient obscur dès qu'on veut serrer la réalité fluide de la clinique.

Le PASM établit qu'il y aura dans chaque CSSS une équipe de santé mentale de première ligne et un guichet d'accès. L'équipe est « *en continuité avec les services de première ligne existants* » et dont l'action consiste à « *1) participer à des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale; 2) traiter certaines personnes dirigées vers l'équipe; 3) contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci; 4) assurer des services d'intégration sociale à l'intention des personnes ayant des troubles mentaux graves stabilisés.* » Cette équipe de santé mentale est « composée de professionnels ne travaillant qu'en santé mentale » (p.27), mais à moins de diplômes spécialisés comme psychiatre ou psychologue, ces professionnels font partie d'un regroupement syndical au sein du CSSS, regroupement qui peut amener régulièrement des permutations ailleurs qu'en santé mentale et la spécialisation

minime de ce premier niveau demeure fragile, comme à tous les autres niveaux d'ailleurs.

Quant au guichet d'accès, il « *est le lieu où s'effectue l'évaluation des patients par l'équipe de première ligne (...) pour(...) déterminer si les personnes qui s'y présentent qui y sont dirigées devraient retourner dans les services généraux ou les services de première ligne d'ou elles arrivent (...), si elles bénéficieraient plus avantageusement des services de l'équipe de première ligne de santé ment si elles doivent rapidement accéder aux services de deuxième ligne.* » (p. 23)

Pour le PASM, les services de première ligne « *sont des services universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population.* » (p. 24) En santé mentale, ces services sont de deux ordres : « *des services généraux offerts à toute la population et des services de première ligne spécialement destinés à la santé mentale.* » (p. 24) . Ces services « *sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille (G), les psychologues en milieu scolaire ou en cabinet privé et certains organismes communautaires, et, pour les cas urgents, par les centres hospitaliers.* » La majorité des personnes peuvent y être traités mais « *après que celles-ci aient été évaluées au guichet d'accès* » (p.24)

Donc, le PASM crée, à l'intérieur de la première ligne, un niveau plus spécialisé de personnel chargé d'évaluation de patients et de traitements de patients en santé mentale et d'enseignement pour le personnel de première ligne de niveau plus...généraliste!!! Quel degré de spécialisation est-il requis pour ce personnel de niveau première ligne? La réponse est vite trouvée : il appartiendra aux CSSS à y voir.

Par ailleurs, si l'idée du guichet est intéressante, l'idée de l'associer à un « *lieu* » est peut-être à reconsidérer, à moins de parler d'un lieu organisationnel plutôt que physique. Dans certains CSSS de grande taille en milieu urbain, ou l'équipe de santé mentale aura à travailler en divers points de services, ou bien il y aura, à l'intérieur du CSSS, plusieurs équipes (ou sous-équipes???) de santé mentale pour divers points de services. Actuellement, dans les faits, il y a plusieurs portes par lesquelles un individu entre dans le réseau des soins en santé mentale. Ce peut être notamment un organisme communautaire par définition ouvert à la demande directe : centres d'hébergement protégé temporaire, centres de crise, centre de désintoxication, etc. Il y aurait lieu de penser le lieu du guichet unique comme un lieu organisationnel pouvant comporter plusieurs entrées qui s'articulent par des règles administratives. Il est possible que quelqu'un s'adresse directement au psychologue privé avant d'aller au lieu du guichet unique.

I.3.3 La deuxième ligne

Le document devient presque tautologique mais aussi confondant en parlant de ce niveau de services : « *Le deuxième niveau de services regroupe les services de deuxième ligne qui soutiennent les services de première ligne. Sauf exception, les*

personnes qui accèdent à ces services devraient y avoir été dirigées par un intervenant des services de première ligne. » (p.24) « Les services de deuxième ligne font appel à une expertise spécialisée » et « sont offerts par les CSSS, par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques. » (p.25) Ces services sont : « l'évaluation et le traitement spécialisés, l'hospitalisation et le suivi intensif. »(id.)

On admettra que, malgré une volonté de clarifier, il demeure des zones de flou, d'autant plus que, dans bien des cas, c'est la même entité, le CSSS qui est responsable de la première et de la deuxième ligne.

Une partie de la réponse pourrait se trouver sous la rubrique *Les soins partagés ou soins basés sur la collaboration*. Le PASM rappelle cinq principe d'une telle pratique : 1) interdépendance des soins dans un système de soins; 2) clarté des rôles et des responsabilités de chacun; 3) un fournisseur de service peut agir comme leader, mais les autres services doivent collaborer au besoin et rapidement; 4) confiance et respects mutuels; 5) modèles de collaboration adaptés à la disponibilité de ressources.

Dans cette approche, le PASM place un «*psychiatre répondant d'un territoire local* » comme «*interlocuteur privilégié des intervenants de première ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste (...) Dans certains cas, le psychiatre répondant offre le traitement. (...) (Il) n'est cependant pas le psychiatre traitant d'un bassin de population. Il pourra, dans le cadre de ses fonctions de spécialiste, offrir des soins dans l'équipe de deuxième ligne. Par contre, le département de psychiatrie ou il pratique assume une responsabilité populationnelle, soit parce qu'il fait partie d'un CSSS, parce qu'il a signé des ententes de services avec des CSSS ou parce qu'il fait partie d'un RUIS* » (p.22) Les RUIS, ce sont quatre Réseaux universitaires intégrés de soins, articulés autour des quatre facultés de médecine québécoises (universités Laval, McGill, Sherbrooke et Montréal) et ayant pour tâche de desservir un territoire défini en matière de services sur-spécialisés (dits de « 3^e ligne »). Néanmoins, «*le psychiatre répondant devient le mandataire de cette responsabilité* » (id). Par cette notion de psychiatre répondant, le PASM rejoint une dimension qui avait fait la force de la réforme des services psychiatriques des années 60' implantée par le regretté psychiatre Dominique Bédard : remettre la responsabilité à des individus plutôt qu'à des instances administratives. La réforme de la santé des années 70' avait mis de côté ce principe fondamental pour l'efficience et l'efficacité des services. Cependant, le psychiatre répondant, comme mandataire, a-t-il ou non un équivalent, à une échelle plus réduite, de la tâche d'administration clinique qu'avait les *directeurs régionaux* du Dr Bédard? Ceux-ci, sous la responsabilité d'un directeur provincial, avait, sous un mode informel souvent ignoré, la tâche d'assurer la régionalisation et la sectorisation, d'évaluer les besoins et les ressources régionales, d'élaborer des programmes, de recruter du personnel, de coordonner l'assistance psychiatrique et de créer des liens entre les organismes et la population régionale. On pourrait penser que le chef du département clinique de psychiatrie du département de psychiatrie pourrait assumer une responsabilité clinico-administrative populationnelle comme mandataire de son département, plutôt que le «*psychiatre répondant* », lequel pourrait être plutôt l'agent liaison et l'expert conseil privilégiés auprès du chef de département. Selon nous, le psychiatre répondant ne peut être responsable que pour un sous-ensemble de la population d'un CSSS.

Le document fait une remarque sur la sectorisation appliquée au Québec depuis une trentaine d'années. L'organisation des soins par territoires est désormais la responsabilité des CSSS et l'aménagement des secteurs pourraient être modifié dans l'incorporation à ce nouveau modèle organisationnel (p.25). Le document rappelle aussi que « la Loi sur la santé et les services sociaux a préséance sur les modalités d'organisation territoriale et elle permet aux personnes de choisir leur fournisseur de services. » (id.) Malheureusement, les modifications apportées au cours du temps à la loi donne beaucoup de latitude aux fournisseurs de service, y compris en milieu théoriquement surdotés comme les milieux urbains universitaires, pour empêcher l'exercice de ce droit, notamment le « *manque de ressources* ». Selon nous, il y a matière à scandale à ce sujet.

1.3.4 La gamme de services

Il faut rendre accessibles à toute la population les services suivants : 1) des services généraux médicaux et psychosociaux (de 1^e ligne) et 2) des services de crise. Partout, on estime à 20% la proportion d'adultes demandant des services et ayant un problème de santé mentale. Le PASM croit que ces adultes, s'ils ont seulement des «*troubles dits transitoires* », sont traités seulement par les services généraux, « *alors que les équipes attachées au traitement des problèmes de santé mentale s'intéressent aux personnes ayant des diagnostics qualifiés de graves.* » (p.27) Le PASM propose donc un arrimage souple entre les services courants et l'équipe de santé mentale de première ligne permettant qu'aucun groupe ne soit privé d'accessibilité, et que la personne ayant une maladie grave. Quant à l'intervention de crise, elle « commande une réponse directe, personnalisée, immédiate et à court terme centrée sur la situation en cours et axée sur la résolution de problème. (...) (Elle) vise des objectifs précis : réduire l'impact des facteurs qui précipitent la crise; restaurer l'état d'équilibre antérieur à la crise; faire appel aux ressources personnelles et mobiliser celles du milieu. Le PASM insiste sur la liaison entre les services (intervention, service mobile « face à face », hébergement, suivi à court terme, urgence hospitalière), ce qui suppose une mise en réseau de ces derniers et le recours, le cas échéant, à la collaboration de la police (p.29).

1.3.5 Les enfants et les jeunes

Une section (p.30-39) consacrée à cette population particulière. On n'y mentionne pas le facteur de risque important qui est la présence d'un trouble mental chez les parents et qui pourrait faire l'objet d'actions ciblées. De même, une action préventive pourrait prévoir des actions visant les personnes porteuses d'un trouble mental et qui envisagent la parentalité. Le PASM ne s'intéresse apparemment qu'aux enfants et jeunes qui ont déjà une maladie mentale. Pour les jeunes en général (comme pour les adultes en général), les services à offrir sont : 1) la diffusion d'information; 2) la promotion et la prévention; 3) les services généraux de première ligne (médicaux et psycho-sociaux), et 4) les services de crise. Pour les enfants et jeunes ayant un trouble mental, il faut : 1) l'évaluation et le traitement; 2) l'hospitalisation; 3) les services d'intégration sociale quant aux dimensions résidentielles, travail, loisirs; 4) le soutien et les services d'entraide destinés aux parents et la formation des parents; 5) le répit-dépannage pour les parents.

Ce sera *mutatis mutandi* la même chose pour les adultes ayant un trouble mental dans la section qui suit du PASM: seuls sont ajoutés le soutien d'intensité variable ainsi que la promotion et la défense des droits (p.41)

1.3.6 Les soins spécialisés ou de 2e ligne

La distinction entre les niveaux de soins, notamment entre les soins spécialisés (2^e ligne) et sur-spécialisés (3^e ligne) n'est pas simple. Dans les faits, distinguer les degrés de gravité n'est pas simple. Le PASM s'y essaie. « *Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans l'un de ces trois domaines majeures de la vie constitue un indice pour reconnaître... (des) troubles mentaux graves. (...) Les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, (s'ils) sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement.* » (id.) Donc, les troubles modérés sont « *moins handicapants* » mais « *beaucoup plus fréquents* » et, de plus, « *en voie d'augmentation.* » (id) Mais on n'avance rien sur les pourquoi de cette augmentation, ce qui pourtant nous pourrait servir à élaborer des actions préventives.

1.4 La troisième ligne ou les services surspécialisés.

1.4.1 Niveaux de soins spécialisés ou de soins sur-spécialisés, la démarcation n'est pas simple et est liée, selon le PASM, au degré de gravité des maladies. « *Les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans l'un de ces trois domaines majeures de la vie constitue un indice pour reconnaître... (des) troubles mentaux graves. (...) Les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, (s'ils) sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement.* » (id.) Donc, les troubles modérés sont « *moins handicapants* » mais « *beaucoup plus fréquents* » et, de plus, « *en voie d'augmentation.* » (id)

Mais le PASM n'avance rien sur les pourquoi de cette augmentation, ce qui pourtant nous pourrait servir à élaborer des actions préventives.

« *Les services sur-spécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves. Compte tenu du niveau d'expertise qu'il requiert, le traitement sur-spécialisé devrait être concentré dans quelques milieux et associé au développement des connaissances.* » (p.34) Cependant « *le traitement sur-spécialisé doit être accessible à toutes les personnes qui en ont besoin, peu importe leur âge, par le biais d'ententes entre les milieux.* » (p.47) Pour pouvoir être réalisable, ceci suppose « *Des collaborations (...) plus développées entre cliniciens de deuxième et de troisième ligne. Les personnes traitées par les cliniciens de troisième ligne devraient être réorientées vers le psychiatre de deuxième ligne dès que leur état le permet. Enfin, les cliniciens des*

services sur-spécialisés doivent assurer un rôle de formateur auprès des équipes de deuxième ligne. » (p.47)

Le PASM prévoit, pour les troubles de la personnalité et pour les troubles anxieux et dépressifs, un service sur-spécialisé par RUIS. Pour les troubles psychotiques, il prévoit quatre services dont deux désirés aux premières psychoses et deux pour les troubles psychotiques réfractaires, sans préciser si chaque RUIS sera impliqué. Enfin, pour la psychiatrie légale et les troubles sexuels, seulement l'Institut Philippe-Pinel, de Montréal. Néanmoins, le PASM ajoute que *« des travaux supplémentaires sont nécessaires pour structurer correctement les services sur-spécialisés qui seront offerts. »*

Il appartiendra aux RUIS de soumettre aux ASSS (Agences de santé et des services sociaux : il y a une agence par région) des plans tenant compte des ententes de services à intervenir entre divers établissements et ou CSSS. *« Les ASSS s'assureront que les ententes de services entre les CHSGS (Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés) et les CSSS permettent un accès équitable aux services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie à la population de toute la région. Les ASS sont également responsables de faire appel aux RUIS pour obtenir les services spécialisés non disponibles dans la région (sur une base occasionnelle ou, de façon exceptionnelle, sur une base permanente), de même que les services de troisième ligne nécessaires. » (p.49).*

1.3.8 Services non médicaux

Parmi les services non médicaux destinés aux adultes ayant un trouble mental grave, le PASM mentionne les suivants : 1) les services de réadaptation psychosociale qui, par des méthodes variées, *« encouragent la personne à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale et la compétence sociale. »* (p. 51, d'après Kovess, 2001); 2) le *suivi intensif* (pour les personnes ayant un trouble mental grave et une condition instable et fragile) et le *soutien d'intensité variable* de type *Case management* dont un élément clé est *« un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service qui reçoit le service. »* (p.51) Dans ce soutien, *« l'intervenant pivot qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services. »* (p.52); 3) les services d'intégration sociale. *« Une collaboration intersectorielle entre ministères s'impose pour favoriser l'intégration sociale des personnes ayant un trouble mental, afin que celles-ci soient en mesure d'exercer leur citoyenneté (...) : un revenu suffisant, un logement correct, la possibilité de s'instruire, une formation leur permettant d'avoir des amis et des relations sociales. »* (id)

Au niveau résidentiel, il y a les formules classiques : CHSLD (centres hospitaliers de soins longue durée), ressources intermédiaires (dotées de personnel paramédical), ressources de type familial (familles d'accueil), OCH (organismes communautaires d'hébergement), mais aussi le logement autonome avec soutien, dont le nombre, selon le PASM, est *« de loin inférieur au nombre recommandé dans les normes reconnues. »* (p.53)

Au niveau du travail, le document note qu'il faut enlever certains obstacles. Notamment *« l'appauvrissement que peut entraîner l'intégration au travail lorsque*

les personnes se retrouvent privées de certaines compensations financières : pour les médicaments par exemple » (p.55)

1.5 Les personnes à potentiel suicidaire élevé.

Selon le PASM, « *nous ne répondons adéquatement aux besoins des personnes à potentiel suicidaire élevé, et ce, dans tous les groupes d'âge. Ces personnes sont celles qui sont aux prises avec des troubles affectifs (dépression), des dépendances, des troubles de la personnalité, ou encore celles qui ont déjà fait des tentatives de suicide.* » (p.57). Le PASM recommande de développer et rendre accessibles à tous les services suivants : « *l'intervention téléphonique 24 heures \ 7 jours; l'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi et relance); l'intervention préventive, surtout auprès des personnes en difficulté; les services de postvention et les services pour les endeuillés; la diffusion d'information et le soutien offert aux proches.* » (p. 58). Une démarche particulière est envisagée pour les milieux autochtones plus frappés par le phénomène suicidaire, mais aussi pour les milieux des hommes adultes. L'expansion de certains services mentionnée antérieurement devrait aider. « *À titre d'exemple, les services de crise, les services de première ligne en santé mentale et le soutien d'intensité variable constituent des composantes essentielles pour mieux répondre aux besoins des personnes suicidaires. (...) La population masculine doit faire l'objet d'une attention particulière.* » (p.59) Le document cite le témoignage d'un usager (Marco, 63 ans) qui, au moment d'une intention de récurrence d'un geste suicidaire qu'il comptait blinder, il s'est souvenu d'un travailleur social qui l'avait écouté en une autre occasion et il a pensé le revoir et ce dernier l'a aiguillonné vers un organisme d'entraide. (p.60).

1.5.

Mettre en conclusion ce qui suit.

En marge de cette vision, peut-être valable globalement, il ne faut pas oublier, selon nous, certains aspects non évoqués par le PASM :

1) Le PASM repose sur la notion de hiérarchisation des services médicaux, laquelle *"a pour but l'utilisation des ressources de façon optimale"* : ici, nulle mention de la réponse aux besoins bien que ce soit une visée implicite. On réaffirme *"l'importance de développer une pratique médicale hiérarchisée entre l'omnipratique et la psychiatrie."* Encore faut-il savoir que, d'abord, il y a pénurie d'omnipraticiens en nombre et en heures travaillées, et le rattrapage n'est pas pour demain, en tout cas pas pour l'étendue temporelle du PASM (2005-2008). Il est très difficile de se trouver un omnipraticien même dans les régions considérées sur-dotées comme Montréal et Québec. Ensuite, on en demande de plus en plus à l'omnipraticien dans tous les domaines, et qu'il faudrait évaluer la portée de l'efficacité de cette approche dans plusieurs situations. Surtout que, et jamais de fumée sans feu, il est question d'allonger encore d'un la formation en omnipratique, ce qui ferait perdre d'un coup sec une année de promotion dans les quatre facultés de médecine.

1 a) critères de 3^e ligne : . Avançons des critères: 1- la sévérité du diagnostic, 2- la spécificité de l'approche, 3- le travail interdisciplinaire, 4-un contexte d'enseignement et de recherche.

2) Les premiers signes de certaines maladies graves peuvent être frustrés, donc ne pas répondre à la définition ci-haut, et néanmoins, pour un meilleur pronostic, leurs porteurs doivent être rapidement orientés vers des services de 2^e ou même de 3^e ligne, par exemple dans le cas des premières psychoses.

2) Le document parle d'une possible et souhaitable fluidité entre divers intervenants de la même ligne et des diverses lignes de soins, ce qui contredit la « confiance » au fil des ans évoquée dans le texte en exergue. La confiance est effectivement un atout thérapeutique majeur, difficile à construire en présence de certaines pathologies mentales comme la psychose, et difficilement compatible avec une fluidité entre lignes surtout avec des intervenants constamment en permutation déjà à l'intérieur d'un même niveau à cause diverses clauses des conventions collectives aux impacts accrus par la fusion des divers établissements.

déménagement

Au niveau du travail, la réflexion pourrait être développée. Le travail fournit un statut social objectif (combien de patients veulent un salaire pour ne pas être un BES), un sentiment subjectif de contribuer au lien social, un milieu d'interactions sociales qui permet de maintenir et d'améliorer les compétences sociales et citoyennes. Une étude pourrait être faite sur l'effet des mesures d'intégration des personnes handicapées au travail, notre impression étant que l'intégration des handicapés physiques est préférée en présence de programmes qui favorisent leur intégration.

&&&&

I.4- Les soins surspécialisés: la 3^{ième} ligne

Le traitement sur-spécialisé en psychiatrie (3^{ième} ligne) doit être accessible, mais lui aussi dans le cadre de cette fluidité entre les lignes, "*les personnes traitées en 3^{ième} ligne devraient être réorientées au psychiatre en 2^{ième} ligne dès que leur état leur permet.*" La 3^{ième} ligne n'y est pas définie. Avançons des critères: 1- la sévérité du diagnostic, 2- la spécificité de l'approche, 3- le travail interdisciplinaire, 4-un contexte d'enseignement et de recherche.

Nous croyons que la psychose doit faire l'objet d'une approche particulière. Si l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) valorise "*l'intégration des soins de santé mentale dans les services généraux de santé, notamment au niveau des soins primaires.*" (Rapport sur la Santé dans le Monde 2001), elle fait une seule exception que "*la psychose aiguë sera sans doute mieux prise en charge à un niveau supérieur, où on dispose d'un plus grand savoir-faire, de moyens d'investigation et de médicaments spécialisés.*"(p.92). Le Rapport de l'OMS ne précise cependant pas le sens d'aiguë, et

n'élabore pas sur les services intensifs de réadaptation et de soutien dans la communauté en vue d'un rétablissement. Le PASM évoque le rétablissement comme vision, dans le sens d'une "*restauration du rôle des personnes en société, malgré l'existence et symptômes ou de handicaps*." Il ne mentionne pas qu'il faut un certain degré de spécialisation de l'intervention dans le cas des maladies sévères. Si on ne doit pas traiter un cancéreux ou un grand brûlé en première ligne, il en va de même pour le psychotique. Il s'agit d'une maladie grave où une intervention spécialisée, voire sur-spécialisée, à son dépistage et son émergence est favorisée par la littérature, tout délai pouvant hypothéquer le niveau de rétablissement ultérieur. Le PASM prévoit des services de 3^{ième} ligne dans quatre RUIS pour les troubles de la personnalité, troubles anxieux et dépressifs, mais seulement dans 2 pour les troubles alimentaires et les troubles psychotiques. Étant donné la sévérité de la maladie psychotique, cela étonne. La rumeur veut que ces 2 services soient situés à Montréal (milieu anglophone, milieu francophone). Ceci reflète-t-il simplement l'origine des experts du domaine dans le comité ministériel ayant inspiré le Plan ou bien un rationnel absent?. Pourquoi la région de Québec, avec ses divers milieux spécialisés et sur-spécialisés, notamment ceux dans la communauté, ne peut offrir un tel service, et pourquoi l'Estrie ne devrait pas en développer un tout en prétendant être un réseau universitaire?

II e PARTIE- Questions subsidiaires:

Dans un article précédent paru dans le numéro précédent du Bulletin et portant le Plan d'action en santé mentale 2005 2008, désigné ici sous l'acronyme PASM, l'auteur a fait état de considérations générales. La toile de fonds de regroupement des institutions de santé n'est pas sans risque de lourdeur administrative et, à long terme, de résistance au changement. La solution présentée d'une hiérarchisation des soins pour aider à l'accessibilité laisse en plan certaines dimensions. La prévention est réduite d'une part à l'information au public dans un but de réduire les préjugés (« prévention tertiaire ») et non dans un but de prévention primaire et d'autre part à l'expansion de la formule « centre de crise » (« prévention secondaire »). Le principe de la hiérarchisation oublie que la pénurie médicale existe aussi, quoi que peut-être moindre, pour l'omnipratique que pour la psychiatrie. De plus, il reste à éclaircir les modalités d'une collaboration à la fois entre les trois lignes de soins et entre les diverses disciplines concernées. Dans un contexte de population vieillissante, on ne mentionne nulle part la psycho-gériatrie. La pédopsychiatrie pourrait avoir un traitement plus élaboré, compte tenu des changements sociologiques qui travaillent notre société depuis une quarantaine d'années. Enfin, au niveau des soins sur-spécialisés, on s'étonne que le PASM ne prévoit que deux milieux (donc deux RUIS sur quatre) pour des soins de 3^{ième} ligne pour les troubles psychotiques, les deux étant situés à Montréal, alors que Québec en offre déjà et que Sherbrooke, s'il n'en avait point, devrait en développer. Enfin, pour ces troubles psychotiques, l'accès et le suivi en deuxième et troisième ligne n'est-il pas souvent préférables si on ne perd pas de vue une approche activement réadaptative. Le présent article traite de questions subsidiaires : d'abord le rétablissement et le suicide, et ensuite les rôles des divers milieux de soins , notamment des hôpitaux psychiatriques et des organismes communautaires.

II.1 le rétablissement et suicide

Dans **les actions prioritaires pour les adultes ayant un trouble mental grave**, le Plan mentionne donc 1- le rétablissement, 2- Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable , 3- Les services d'intégration sociale qui suppose des actions intersectorielles en matière de revenu suffisant, de logement correct, de formation pour un travail correct, etc Qu'entend-on par rétablissement? Pour les malades sévères, croit-on en une approche spécialisée intensive? Jusqu'où veut-on en faire vraiment des citoyens à part entière? Pour les services résidentiels, le PASM donne des cibles numériques qui nous paraissent trop modestes par rapport à la réalité existante qu'elles n'améliorent guère en maints endroits. La question de l'intégration au travail demanderait une réflexion plus élargie, compte tenu du contexte général du travail. Le document mentionne par ailleurs à juste titre *"l'appauvrissement que peut entraîner l'intégration au travail lorsque les personnes se retrouvent privées de certaines compensations financières, pour les médicaments, par exemple."*(p.22) Le plan aurait pu parler des moyens pour conjurer les mesquineries de l'aide sociale envers les plus démunis de nos malades.

Sur la question du suicide, le PASM déçoit un peu. D'abord, il fait de la maladie mentale une cause plutôt qu'un facteur souvent nécessaire mais non suffisant. On oblitère ainsi plusieurs problèmes sociétaux dont Émile Durkheim, donnait une approche d'analyse à la fin du XIXe siècle. Le PASM cite un rapport spécifique de l'OMS de 1996, mais il ignore le rapport de l'OMS en 2001 où on fait état des expériences des pays scandinaves où on fait la démonstration, pour la première fois, d'une action efficace pour réduire le suicide, action qui pourtant pourrait s'inscrire facilement dans le Plan: à savoir *"des programmes d'enseignement destinés à former les praticiens et le personnels des services de santé primaire au diagnostic et au traitement des dépressions [...] un tel programme mis en oeuvre dans l'île de Golland en Suède (Rutz et al, 1995) a permis de réduire considérablement le taux de suicide, particulièrement chez les femmes, dans l'année qui a suivi son instauration à l'intention des médecins généralistes, mais ce taux est remonté aussitôt après l'interruption du programme"*. (OMS, Rapport ...2001, p.74). Expérience aussi décrite par Isaacson (Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000, vol. 10, p. 113 -117). Dans les deux cas, l'action touche l'action du dépistage d'un facteur de risque important, la dépression, et d'agir sur ce facteur par le traitement de celle-ci.

II.2- Milieux de soins, hôpitaux psychiatriques et organismes communautaires.

Le PASM ne précise pas de lieu en fonction des *lignes* de dispensation de services. En médecine non psychiatrique, on peut avoir des services surspécialisés dans de petits milieux: clinique radiologiques où l'on fait de la résonance magnétique, cliniques dermatologiques, etc. Qu'en est-il des organismes communautaires en santé mentale et des hôpitaux psychiatriques. Le Rapport de l'OMS 2001 dit: *"Le traitement et les soins à assise communautaire sont l'objectif ultime, ce qui implique la fermeture des grands établissements."* En effet, l'hôpital psychiatrique ou les grands pavillons psychiatriques sont des lieux stigmatisés et stigmatisants. Qu'en est-il des hôpitaux psychiatriques dans le PASM? Les deux de Montréal semblent implicitement destinés à remplir notamment le rôle des deux services sur-spécialisés pour le traitement des troubles psychotiques. Les membres du comité ministériels ont protégé les milieux de leurs membres. Qu'arrive-t-il pour les autres, notamment pour Robert Giffard? Cet établissement a pourtant compris l'importance de créer des milieux de traitement innovateurs dans la communauté en sus de développer un centre de recherche de calibre international. L'Estrie a survécu sans hôpital psychiatrique et sans déverser dans d'autres régions (Jean François Trudel, *Le sort des personnes atteintes de troubles mentaux très sévères et durables dans un réseau sans hôpital psychiatrique.*, thèse M.Sc., UdeM, 2004). Mais cela ne la dispense pas de prévoir des soins surspécialisés autonomes ou en association.

La place des organisations communautaires n'est pas très précisée. Le PASM les désigne comme *"partenaires importants [...] invités à s'associer à l'atteinte des objectifs du plan d'action. Des modalités de collaboration sont à prévoir avec les CSSS."* (p.30) Le Rapport de l'OMS 2001 dit à leur sujet *"Souvent plus sensibles aux réalités locales que les programmes centralisés, elles sont en général très engagées dans l'innovation et le changement [...] (et elles) sont localement responsables d'un grand nombre d'initiatives et programmes novateurs"*. Pourront-elles demeurer des *"partenaires"*, voire même offrir l'aspect innovateur de l'alternatif, ou devront-elles rentrer dans le moule contraignant de l'acceptation d'une invitation à un système tricoté peut-être trop serré.

On aurait pourtant pu s'inspirer brièvement du document *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre* (Gouvernement du Canada, Cat, H39-128/1988F), ou encore, quoique moins satisfaisante sur le plan théorique à notre avis, de la *Politique de Santé mentale du Gouvernement du Québec* (1989). En effet, si la Politique insiste sur l'adaptation des services aux besoins de l'individu de façon à mieux l'intégrer à son milieu, le document fédéral à la santé n'oppose pas maladie mais le déséquilibre et il insiste sur l'adaptation de l'environnement socio-économique, donc sur l'action sur les facteurs de risque collectifs aux exigences d'un équilibre individuel indispensable au développement et au maintien de la santé physique et mentale, ce qui est plus engageant politiquement.

La question des lignes d'intervention n'est pas toujours évidente dans la réalité tant pour les organisations que pour les individus, car on peut moduler le niveau d'intervention et vouloir maintenir la même organisation ou la même personne dans le cas où la confiance et la continuité semblent constituer la pierre angulaire pour le traitement d'un patient donné qui a du mal à créer un lien ou donner sa confiance. Moyennant une souplesse d'adaptation, un guichet unique pourrait s'accommoder que l'individu s'enregistre d'abord dans le premier lieu où le conduit son malaise ou sa demande.. Dans certains cas, on devrait pouvoir court-circuiter la deuxième ligne. Ainsi, un jeune soupçonné de schizophrénie par un psychologue scolaire ou un omnipraticien ne pourrai-il accéder directement à la clinique surspécialisés des troubles psychotiques en voie d'évolution (3^{ième} ligne), etc?

Conclusion

Il faut féliciter le gouvernement de vouloir donner une priorité à la santé mentale. Le PASM a l'avantage d'être plus concret que d'autres plans antérieurs. Il demeure néanmoins incomplet et perfectible.

Hubert Wallot,
psychiatre, professeur à la Télé-université du Québec

Références

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2001) *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la Santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève.

ACÉTATES (TEXTE)

LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE : 2005-2008

Le PASM énonce sept enjeux :

- 1) le rétablissement de la personne dans sa globalité;
- 2) investir à contrer les tabous, fausses croyances et la stigmatisation;
- 3) améliorer l'accessibilité des services de santé mentale de 1^e ligne (soins de santé généraux);
- 4) utilisation optimale des ressources;
- 5) réorganisation des services de 2^e ligne (i.e. spécialisés) en accentuant leur soutien à la 1^e ligne;
- 6) rendre accessible sur tout le territoire les services pour les jeunes;
- 7) réduire les décès par suicide.

Le PASM énonce sept enjeux :

- 1) le rétablissement de la personne dans sa globalité;
- 2) investir à contrer les tabous, fausses croyances et la stigmatisation;
- 3) améliorer l'accessibilité des services de santé mentale de 1^e ligne (soins de santé généraux);
- 4) utilisation optimale des ressources;
- 5) réorganisation des services de 2^e ligne (i.e. spécialisés) en accentuant leur soutien à la 1^e ligne;
- 6) rendre accessible sur tout le territoire les services pour les jeunes;
- 7) réduire les décès par suicide.