



VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 2002-2003
TOME II**

Chapitre

2

Services de santé mentale

***Vérification menée auprès
du ministère de la Santé et des Services sociaux
et des régies régionales***



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	2.1
VUE D'ENSEMBLE	2.15
OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	2.25
RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	2.29
Gestion du programme de santé mentale	2.31
Ministère	2.32
Régies régionales	2.66
Systèmes d'information	2.78
Disponibilité et accessibilité des services	2.87
Services de base et de proximité	2.89
Services spécialisés	2.100
Ressources résidentielles	2.110
Reddition de comptes	2.125
Suivi des recommandations formulées au ministère et aux régies régionales en 1995-1996	2.129
Annexe – Objectifs de vérification et critères d'évaluation	

Les commentaires des entités apparaissent à la fin de ce chapitre.

Vérification menée par

Marie Claude Ouimet
Directrice de vérification

Josée Bellemare
Amélie Côté-Tremblay
Chantale Garneau
Nathalie Lavoie
Francine Roy
Sylvie Ste-Croix
Martin St-Louis
Luc Tougas

Sigles utilisés dans ce chapitre

CHPSY Centre hospitalier de soins
psychiatriques
CHSGS Centre hospitalier de soins
généraux et spécialisés
CLSC Centre local de services
communautaires

MSSS Ministère de la Santé
et des Services sociaux
RI Ressource intermédiaire
RTF Ressource de type familial
SCHL Société canadienne d'hypothèques
et de logement



FAITS SAILLANTS

- 2.1** Les problèmes de santé mentale sont universels et s'observent dans toutes les sociétés: 20 p. cent de la population souffre, un jour ou l'autre, de maladie mentale. Au Québec, le secteur de la santé mentale s'est vu attribuer 1,456 milliard de dollars en 2001-2002, soit 8,5 p. cent de l'enveloppe globale de la santé.
- 2.2** Notre vérification avait pour but de nous assurer que la gestion du programme de santé mentale permet de répondre aux besoins de la population en la matière. Nous voulions également évaluer dans quelle mesure l'organisation des services de santé mentale favorise la disponibilité, l'accessibilité et la continuité de ceux-ci. Enfin, nous cherchions à voir si l'information de gestion et la reddition de comptes facilitent la prise de décision et permettent d'apprécier la performance au regard de ces services.
- 2.3** Nous avons mené nos travaux auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de 4 régions régionales. Nous avons également rencontré plus de 200 gestionnaires et professionnels de la santé et réalisé un sondage auprès de 15 des 18 régions régionales. Notre vérification s'est déroulée d'octobre 2002 à septembre 2003.
- 2.4** Actuellement, la gestion du programme de santé mentale ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins de la population en la matière, car certains services ne sont pas suffisamment développés et l'accès à d'autres s'avère difficile dans plusieurs régions.
- 2.5** Plusieurs volets de la Politique de santé mentale n'ont jamais été appliqués et les actions qui auraient pu servir à les promouvoir n'ont pas été précisées. Ainsi, le ministère n'a ni fixé ses objectifs ni élaboré de plan d'action pour la clientèle ayant des troubles transitoires, pour la promotion et la prévention ainsi que pour certains services spécialisés qui nécessitent une masse critique en matière de clientèle et d'expertise professionnelle. Le ministère n'a pas non plus déterminé de cibles précises et mesurables pour chacun de ses objectifs et ne les a pas assorties d'indicateurs. Il peut donc difficilement évaluer dans quelle mesure la transformation des services s'effectue, et les régions régionales n'ont guère de balises pour guider leurs actions.
- 2.6** On n'a pas réussi à dégager les sommes nécessaires à la transformation des services de santé mentale. De plus, comme le ministère répartit toujours la presque totalité des ressources financières sur une base historique, il n'assure pas un partage équitable entre les régions. Par conséquent, le coût pondéré par habitant est près de 3 fois plus élevé dans la région la mieux nantie que dans celle la moins favorisée.
- 2.7** Le ministère est également tenu de répartir équitablement l'effectif médical entre les régions. Or, le nombre de psychiatres par habitant est très variable d'une région à l'autre, ce qui est la source d'une grande iniquité. Dans beaucoup de régions, la difficulté à accéder aux ressources psychiatriques est réelle tant pour la clientèle que pour les médecins de famille et les équipes s'occupant de santé mentale. Par exemple, dans deux régions, le délai moyen pour obtenir une consultation auprès d'un psychiatre est respectivement de 3,8 mois et de 14 mois.



- 2.8** En outre, le ministère n'assure pas le leadership requis pour que s'effectue adéquatement la transformation des services. Ainsi, il n'en examine pas de façon systématique l'évolution et réclame peu d'information aux régies régionales quant aux services offerts.
- 2.9** Bien que ce soit prévu dans la loi, les régies régionales n'ont pas, pour la plupart, un plan d'organisation des services de santé mentale complet et à jour, elles fixent peu d'attentes aux fournisseurs de services et elles n'évaluent pas les résultats obtenus. Elles n'ont pas, non plus, établi d'ententes de gestion avec les établissements et les organismes communautaires.
- 2.10** L'information de gestion dont le ministère et les régies régionales disposent ne leur permet pas de suivre adéquatement le programme de santé mentale ni de connaître l'accessibilité des services, par type de services et par ressource. Pareil manque de données rend plus difficile l'évaluation du programme de santé mentale et le ministère ne peut en mesurer la performance dans une perspective globale d'amélioration des services.
- 2.11** Certains services sont encore peu développés et leur accessibilité est très inégale d'une région à l'autre. Ainsi, dans les régions vérifiées, l'accueil et l'évaluation dans les CLSC se font sans délai, mais le traitement commence souvent beaucoup plus tard. En effet, le délai est de un à 6 mois et peut même atteindre 10 mois sur un territoire donné.
- 2.12** De nombreux lits ont été fermés : de 1995 à 2002, leur nombre est passé de 6 000 à 3 496 lits, soit une réduction globale de 42 p. cent, mais la cible provinciale n'est pas tout à fait atteinte. Les régions de Québec et de Montréal disposent à elles seules de 60 p. cent des lits en psychiatrie, alors qu'elles comptent 33 p. cent de la population québécoise. Cette concentration de lits pourrait être justifiée si l'on facilitait les allées et venues de la clientèle entre les régions.
- 2.13** Présentement, plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale sont en attente ou à la recherche d'une ressource résidentielle qui répond à leurs besoins. Les ressources disponibles sont peu variées et mal adaptées aux nouvelles pratiques en santé mentale. Par exemple, plusieurs personnes prêtes à vivre dans un autre milieu doivent demeurer hospitalisées, ce qui entraîne des coûts importants.
- 2.14** Par ailleurs, notre suivi des recommandations formulées dans le volet « santé mentale » de la vérification de l'optimisation des ressources de 1995-1996 révèle qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à remédier aux problèmes soulevés à l'époque. En effet, seulement 24 p. cent des recommandations que nous avons faites ont été appliquées ou ont donné lieu à des progrès satisfaisants.



VUE D'ENSEMBLE

- 2.15** Les problèmes de santé mentale sont universels et s'observent dans toutes les sociétés: 20 p. cent de la population souffre, un jour ou l'autre, de maladie mentale. Les conditions de vie et de travail stressantes, l'individualisme et le soutien « naturel » décroissant favorisent l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladie mentale ainsi que l'émergence de problèmes tels la dépression, le suicide, la violence, l'alcoolisme et la toxicomanie.
- 2.16** Il existe deux types de troubles mentaux. Les troubles graves touchent 2 à 3 p. cent de la population, mais occasionnent 80 p. cent des jours d'hospitalisation en psychiatrie. Ils engendrent de la détresse psychologique et un niveau d'incapacité qui intervient de façon importante dans les relations personnelles et les compétences sociales. Les troubles transitoires, quant à eux, touchent un plus grand nombre de personnes. Ils suscitent une grande détresse psychique, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut parvenir à apaiser.
- 2.17** De 1987 à 1998, l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale a presque doublé au Québec. En effet, pour de tels problèmes, le nombre moyen de journées d'absence par personne est passé de 7,4 à 24,6 jours entre 1992 et 1998. Actuellement, 30 à 50 p. cent des absences de longue durée sont attribuables à des problèmes de santé mentale; en 1990, le taux n'était que de 18 p. cent. Plus encore, en 1998, Santé Canada estimait qu'au pays, les problèmes de santé mentale coûtaient annuellement plus de 14,4 milliards de dollars.
- 2.18** Au cours des dernières décennies, l'approche de la maladie mentale, les pratiques de même que l'organisation des services ont subi de profondes mutations. On voulait ainsi favoriser une philosophie de réadaptation et d'intégration sociale. Afin de soutenir une telle transformation, le gouvernement adopte, en 1989, la Politique de santé mentale qui vise, au-delà de l'organisation des services, à améliorer la santé mentale de la population. Les intentions qui y sont présentées sont le reflet d'un large consensus établi entre le ministère et les divers milieux s'occupant de santé mentale au Québec.
- 2.19** En 1997, puisque la transformation des services tarde à se faire, le ministère se donne comme objectif de mieux soutenir les personnes atteintes de troubles mentaux graves dans leur milieu de vie. Notamment, on se doit de rapprocher les interventions, de diversifier les services et de répartir adéquatement les ressources. En 1998, le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale confirme l'importance d'agir et précise les actions à accomplir. Dans la foulée, le ministère s'adjoint le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, qui est composé de plusieurs représentants du milieu. Le mandat du groupe consiste à soutenir et à faciliter le changement durant l'implantation du plan d'action.
- 2.20** Par la suite, le ministère organise le Forum national sur la santé mentale en 2000 et publie en 2001 les *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* ainsi que l'*État d'avancement du Plan d'action de décembre 1998*. En outre, il réalise en 2001 un suivi de gestion des cibles prioritaires.

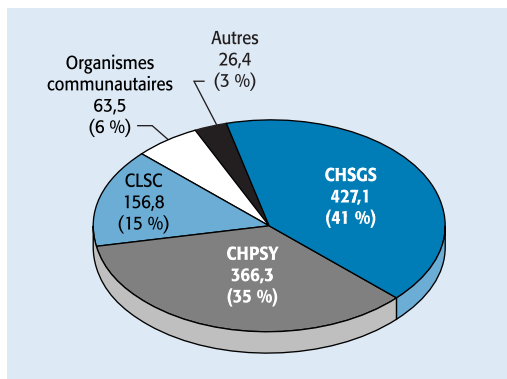


- 2.21** Plusieurs acteurs sont concernés par la santé mentale. Le ministère a le mandat de définir les orientations et les objectifs ainsi que d'en suivre la réalisation, tout comme il doit répartir les ressources entre les régions. Les régies régionales, quant à elles, ont à produire et à mettre en œuvre des plans d'organisation des services régionaux, conformément aux orientations et aux objectifs déterminés par le ministère. De plus, elles doivent assurer la répartition des ressources entre les établissements. Par ailleurs, le Comité de la santé mentale du Québec, organisme relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, contribue par ses études et ses avis aux fonctions de planification et d'évaluation dont le ministère a la responsabilité.
- 2.22** Pour ce qui est des services, ils sont fournis par divers professionnels rattachés à des établissements publics ou privés ainsi qu'à des organismes communautaires. Ainsi, 7 centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY) et près de 80 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) offrent des services de diagnostic et de soins à une clientèle hospitalisée ou ambulatoire. En outre, plusieurs des 148 centres locaux de services communautaires (CLSC) proposent des services de réadaptation et de réintégration, qui peuvent être de nature préventive ou curative.
- 2.23** Les organismes communautaires, partenaires importants en santé mentale, dispensent pour leur part une multitude de services complémentaires à ceux qui sont offerts par les établissements du réseau. Ces services comprennent l'aide et l'entraide, la sensibilisation aux droits et leur promotion, l'intervention dans les milieux de vie ainsi que l'hébergement.
- 2.24** En 2001-2002, le secteur de la santé mentale se voyait attribuer 1,456 milliard de dollars, soit 8,5 p. cent de l'enveloppe globale de la santé. Ce montant inclut 1,04 milliard pour les établissements, 228 millions pour la rémunération des médecins et 188 millions pour le coût des médicaments. Le graphique 1 montre la répartition du montant versé aux établissements.

Santé mentale :
1,456 milliard de dollars.

GRAPHIQUE 1

RÉPARTITION DU MONTANT VERSÉ AUX ÉTABLISSEMENTS POUR 2001-2002
(en millions de dollars)



Source : MSSS.



OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION

- 2.25** Notre vérification avait pour but de nous assurer que la gestion du programme de santé mentale permet de répondre aux besoins de la population en la matière. Nous voulions également évaluer dans quelle mesure l'organisation des services de santé mentale favorise la disponibilité, l'accessibilité et la continuité de ceux-ci. Enfin, nous cherchions à voir si l'information de gestion et la reddition de comptes facilitent la prise de décision et permettent d'apprécier la performance au regard de ces services. Les objectifs de vérification et les critères d'évaluation figurent en annexe. Par ailleurs, nous avons procédé au suivi des recommandations formulées dans le volet « santé mentale » du mandat de vérification de l'optimisation des ressources effectué en 1995-1996. Cette vérification portait sur l'action du gouvernement relativement aux organismes communautaires de la santé et des services sociaux et à la santé mentale.
- 2.26** Le présent rapport ne remet pas en cause la pertinence ni la qualité des traitements, qui n'ont d'ailleurs pas fait l'objet de nos travaux.
- 2.27** Nous avons mené notre vérification auprès du ministère et de 4 régions régionales qui reflètent la situation des régions universitaires et périphériques et qui effectuent près de 60 p. cent des dépenses québécoises en matière de santé mentale. Dans chacune des 4 régions, afin de comprendre la dynamique de l'offre de services, nous avons visité des établissements, soit 2 CHPSY, 4 CHSGS, 9 CLSC et 3 organismes communautaires. Nous avons également rencontré plus de 200 gestionnaires et professionnels de la santé. De plus, un sondage auprès de 15 des 18 régions régionales nous a permis de recueillir de l'information sur plusieurs aspects de la santé mentale dans les régions, dont la disponibilité des ressources et l'accessibilité des services.
- 2.28** Notre vérification s'est déroulée de novembre 2002 à septembre 2003 et porte sur les activités des exercices 2000-2001 à 2002-2003, mais certains commentaires ont trait à des situations antérieures à cette période. Malgré l'importance des services de santé mentale destinés aux jeunes, nous avons choisi d'exclure cette clientèle de nos travaux, vu ses particularités.

RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION

- 2.29** Depuis l'adoption de la Politique de santé mentale en 1989, les états de situation successifs du ministère sur la transformation des services de santé mentale font état de plusieurs lacunes. Nos travaux nous amènent aussi à conclure que les actions accomplies par le ministère et les régions régionales ont été insuffisantes pour que la transformation se fasse au rythme souhaité et que les correctifs proposés soient apportés. Un leadership ministériel clair, pourtant reconnu par le plan d'action de 1998 comme une des conditions essentielles pour réussir cette importante réforme, n'a pas été exercé.



2.30 Ainsi, plusieurs lacunes aux chapitres de la gestion du programme de santé mentale et de l'allocation des ressources subsistent. Les objectifs nécessitent des précisions, les cibles ne sont pas bien définies et les indicateurs et les plans d'action doivent être améliorés. C'est le cas notamment pour la clientèle ayant des troubles transitoires, le volet concernant la prévention et la promotion et certains services spécialisés qui nécessitent une masse critique en matière de clientèle et d'expertise professionnelle. La répartition des ressources entre les régions est encore problématique, car elle s'effectue sur une base historique, le suivi de gestion du programme manque de rigueur, les systèmes d'information sont déficients et la reddition de comptes n'est pas adéquate. En conséquence, la gestion du programme de santé mentale ne permet pas de répondre à tous les besoins de la population en la matière, car certains services ne sont pas suffisamment développés et l'accès à d'autres s'avère difficile dans plusieurs régions.

Gestion du programme de santé mentale

2.31 Afin d'assurer une meilleure intégration sociale aux personnes souffrant de troubles mentaux, le ministère privilégie une organisation des services qui respecte la diversité des milieux et qui favorise l'adaptation de ces services aux caractéristiques de chacune des régions. Un tel choix suppose une gestion efficace du programme de santé mentale ainsi qu'un suivi rigoureux de la transformation autant de la part du ministère que de celle des régions régionales. En effet, il faut qu'ils puissent vérifier si le tout progresse au rythme souhaité. Il importe également que le ministère assure, conformément à ses obligations, une répartition équitable des ressources financières et des effectifs médicaux en psychiatrie.

Ministère

Objectifs, cibles et indicateurs

2.32 La politique de 1989 comporte deux grands objectifs : favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population en général et permettre à toute personne aux prises avec un problème de santé mentale d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins. Elle fait également état d'orientations et d'actions pour atteindre les objectifs ; celles-ci concernent, entre autres, la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention et les services tant de base que plus spécialisés.

2.33 Or, plusieurs volets de la politique n'ont jamais été appliqués et les actions qui auraient pu servir à les promouvoir n'ont pas été précisées. Au fil des ans, le ministère et ses partenaires ont choisi de se concentrer sur certains objectifs de la politique au détriment des autres.



La clientèle présentant des troubles transitoires n'a pas été jugée prioritaire.

- 2.34** Ainsi, seule la clientèle souffrant de problèmes graves est visée dans les documents postérieurs à la politique. Celle présentant des troubles transitoires, même si elle est nombreuse, n'a pas été jugée prioritaire. De fait, le ministère n'a ni précisé ses objectifs relativement à cette clientèle, ni fait connaître les résultats qu'il attendait, ni élaboré de plan d'action. Ce manque de planification fait en sorte que la gamme de services offerts à la clientèle présentant de tels troubles est inégale d'un secteur à l'autre et que l'accessibilité des services est déficiente, et ce, malgré les actions mises de l'avant par certaines régions régionales. Pourtant, il importe d'intervenir rapidement, car les troubles transitoires risquent de s'aggraver si on n'y apporte pas une réponse adéquate en temps opportun.
- 2.35** Malgré la recommandation que nous avons faite en 1996, le même constat s'applique au volet concernant la prévention et la promotion. En effet, celui-ci n'a pas été développé : le ministère n'a pas déterminé d'objectifs, il n'a pas établi de plan d'action et il ne fait pas le suivi des activités qui y sont reliées. Quant aux sommes allouées à ce volet, notre sondage révèle que plusieurs régions régionales n'y affectent pratiquement aucun montant.

Volet « prévention et promotion » : pas développé.

- 2.36** L'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention a pourtant été maintes fois soulignée tant au Québec qu'ailleurs. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé, le Comité de la santé mentale du Québec, la commission Clair et le Conseil médical du Québec, entre autres, recommandent d'y consacrer davantage d'efforts. Notamment, une enquête publiée en septembre 2003 par Statistique Canada fait ressortir l'incidence d'un manque d'action dans ce domaine : seulement 35 p. cent des Québécois qui éprouvent des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance ont consulté un professionnel de la santé pour obtenir de l'aide. Pareille situation n'est pas étrangère aux lacunes au regard de l'éducation, de la sensibilisation et de la promotion des services.
- 2.37** Par ailleurs, la plupart des régions font face à des difficultés majeures d'accès à certains services spécialisés, qui requièrent une masse critique en matière de clientèle et d'expertise professionnelle. Ces services sont généralement concentrés dans les grands centres urbains et concernent, entre autres, les troubles graves liés à l'alimentation et à la sexualité. Le ministère n'a pas effectué de planification intégrée de ces services, même si ces derniers sont offerts seulement dans certaines régions. Il n'a pas identifié les services qui devraient faire l'objet de responsabilités surrégionales. Il n'a pas non plus mandaté d'établissements qui devraient assumer des responsabilités au regard de ces services, exception faite des services de psychiatrie légale dispensés par l'Institut Philippe Pinel.
- 2.38** À titre d'exemple, un problème grave de pédophilie ne peut être traité dans une région puisqu'on n'y offre pas de services en matière de déviance sexuelle. Dans une région voisine, on dispense ces services, mais ils sont réservés exclusivement aux individus qui ont fait l'objet d'un jugement de la Cour.



**Cibles manquantes
ou imprécises.**

- 2.39** D'autre part, le ministère, de concert avec ses partenaires, a défini au regard de la clientèle présentant des troubles graves plusieurs cibles qui devaient être atteintes en 2002. Outre les 4 cibles qu'il a publiées dans son plan d'action, le document concernant les cibles prioritaires en comporte 22. Malgré leur nombre, les cibles ne recouvrent pas tous les volets de la politique ni tous les objectifs du plan d'action au regard de l'intensité, caractérisée par le nombre de places, et de l'accessibilité de ces services. Par exemple, il n'y a pas de cibles pour les services de soutien, la réponse aux besoins de subsistance, l'entraide, les loisirs, l'éducation et le développement des habiletés personnelles.
- 2.40** Qui plus est, plusieurs cibles manquent de précision et le ministère aurait avantage à les clarifier. Par exemple, on parle de « consolider les services » et de « garantir aux populations locales un accès aux services ». D'ailleurs, le document portant sur les cibles prioritaires mentionne que plusieurs personnes souhaitent la présence de cibles quantitatives pour orienter avec précision l'organisation de certains services. En outre, le groupe d'appui a indiqué, dans l'état d'avancement du plan d'action, que plusieurs concepts devaient être précisés puisque la façon dont les prestataires les interprètent ne semble pas toujours correspondre à ce qui est attendu dans le plan d'action.
- 2.41** Enfin, si les 4 cibles du plan d'action sont combinées à des indicateurs qui permettent de mesurer leur degré d'atteinte, les 22 figurant dans les *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, elles, ne le sont pas.
- 2.42** Or, en l'absence de cibles précises pour chacun des objectifs et d'indicateurs, le ministère peut difficilement évaluer dans quelle mesure la transformation des services s'effectue, et les régions régionales n'ont guère de balises pour guider leurs actions.
- 2.43** Toutefois, il est évident que les données contenues dans les systèmes d'information se prêtent mal à la détermination de cibles et à l'élaboration d'indicateurs. En effet, l'information concernant la clientèle de même que celle ayant trait à l'intensité et à l'accessibilité des services offerts ne s'y trouvent pas. Nous traitons d'ailleurs de ces lacunes plus loin.
- 2.44** Le ministère utilise actuellement des données mondiales ou des standards de pays comparables pour préciser ses cibles. En 2002, il a entrepris de définir les paramètres requis, selon la recherche et les meilleures pratiques, pour 45 types de services de santé mentale. Par exemple, il y a le nombre de lits pour les services de crise, le nombre de places pour le soutien au travail et en centre de jour. Lorsque, pour une période donnée, ces paramètres seront rattachés à des cibles et qu'ils seront diffusés dans le réseau, ils pourront éventuellement permettre au ministère de suivre la transformation des services.
- 2.45** **Nous avons recommandé au ministère**
- de s'assurer d'avoir des objectifs précis pour tous les volets relatifs à la santé mentale;
 - de se doter de plans d'action qui présentent clairement les mesures prévues



- pour la clientèle ayant des troubles transitoires;
- pour les services spécialisés nécessitant une masse critique en matière de clientèle et d'expertise professionnelle;
- pour la promotion de la santé mentale et la prévention;
- de déterminer des cibles précises et mesurables assorties d'indicateurs pour chacun des objectifs.

Allocation des ressources

On n'a pas réussi à dégager les sommes nécessaires à la transformation des services.

2.46 En 2001-2002, les dépenses liées à la santé mentale étaient de 1,456 milliard de dollars. Afin de faciliter la transformation, le ministère a établi, en 1998, trois sources de financement : budgets de développement accordés par le ministère ; affectation de budgets régionaux à un type de service plutôt qu'à un autre ; sommes provenant de la fermeture de lits dans les CHPSY.

2.47 Bien qu'un des objectifs du plan d'action de 1998 soit de garantir le financement de la transition, on n'a pas réussi à dégager les sommes nécessaires à la transformation. Cette situation a été observée également par le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale dans son rapport de 2003. En effet, les budgets de développement accordés par le ministère ont été minimes, peu de régions régionales ont pu dégager des sommes importantes provenant des budgets actuellement attribués aux centres hospitaliers et bien des régions ne comptaient pas d'institutions psychiatriques.

2.48 Par ailleurs, le document portant sur les cibles prioritaires signale que le financement des services doit s'appuyer sur le principe de l'équité d'accès aux services et que ce financement doit être établi en tenant compte des coûts par habitant, modulés selon les caractéristiques des régions. Bien que ces principes aient été répétés à maintes reprises depuis 14 ans, le ministère répartit toujours les ressources financières sur une base historique. Il en résulte que des écarts importants subsistent entre les régions. Ces dernières années, les efforts fournis pour mieux distribuer trois enveloppes budgétaires particulières, représentant respectivement 5, 8 et 9 millions de dollars, soit moins de 1 p. cent du budget annuel en santé mentale pour chaque enveloppe, n'ont pas permis de corriger la situation globale ni d'assurer un partage équitable entre les régions.

Écarts majeurs non justifiés entre les régions.

2.49 Le tableau 1 présente, par région, la répartition des dépenses pour 2000-2001 de même que le coût moyen par habitant. Ce coût est pondéré par le ministère pour tenir compte de la mobilité interrégionale de la clientèle et de certaines caractéristiques de la population des régions. Pourtant, des écarts majeurs non justifiés existent toujours entre les régions. Ainsi, si l'on exclut la Baie-James (Nord-du-Québec), le Nunavik et la Baie-James (Conseil Cri), le coût pondéré par habitant est près de 3 fois plus élevé dans la région la mieux nantie que dans celle la moins favorisée. Notons également que, dans 4 des 5 régions qui montrent les coûts par habitant les plus élevés, il y a un ou des CHPSY sur le territoire.

**TABLEAU 1****COÛT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR 2000-2001**

Régions	Pourcentage des dépenses	Coût pondéré par habitant (en dollars)
Laval	1,23	53,99
Laurentides	3,03	57,66
Montégérie	7,65	58,85
Lanaudière	2,99	78,18
Estrie	2,85	91,08
Bas-Saint-Laurent	2,45	99,31
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3,14	103,39
Chaudière-Appalaches	4,09	104,45
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1,23	105,37
Côte-Nord	1,07	112,74
Outaouais*	3,66	115,29
Abitibi-Témiscamingue*	2,06	120,90
Mauricie et Centre-du-Québec	7,20	127,51
Montréal-Centre*	42,05	146,56
Québec*	15,30	159,48

* Région dans laquelle on trouve un CHPSY.

Source : MSSS.

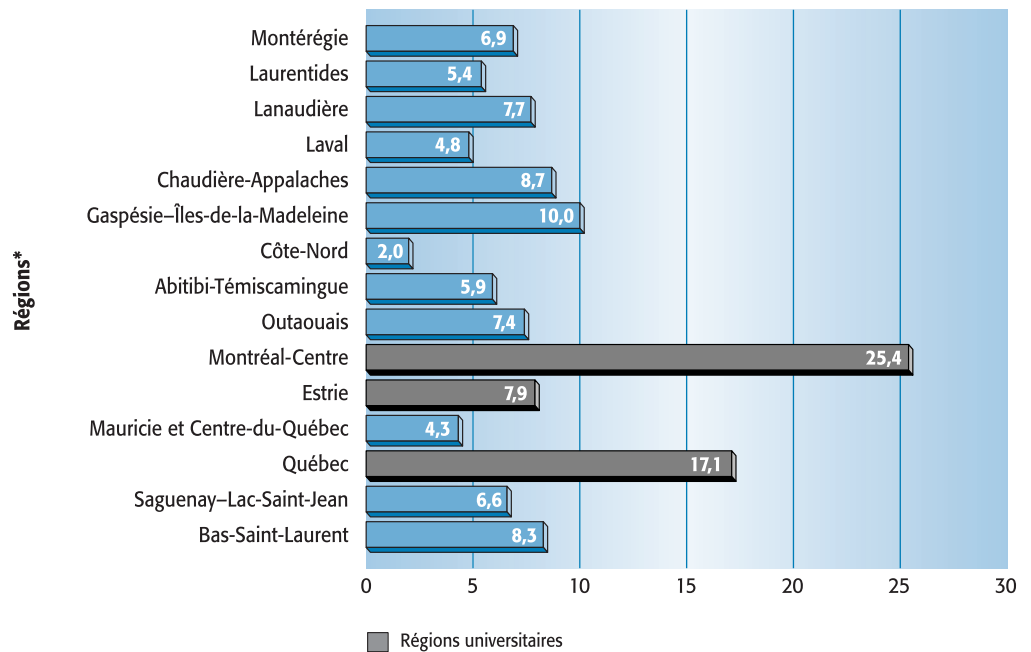
- 2.50** À cause de la répartition actuelle, la disponibilité, l'accessibilité et l'intensité des services de santé mentale varient considérablement d'une région à l'autre. Ainsi, dans une de celles où le coût par habitant est l'un des plus bas, la région régionale a évalué, en établissant un coût moyen par service, qu'elle ne pouvait offrir qu'un taux de disponibilité des services de 37 p. cent pour l'année 2000-2001.
- 2.51** De plus, le ministère n'a pas confié de responsabilités suprarégionales et certains établissements appliquent une sectorisation stricte, c'est-à-dire qu'ils desservent presque exclusivement la clientèle de leur territoire, notamment pour des raisons budgétaires. Par conséquent, la population d'une région où l'accès à certains services est problématique peut difficilement accéder aux services offerts dans une autre région. Ce phénomène est particulièrement présent dans les régions en périphérie de Montréal.
- 2.52** Le ministère est également tenu de répartir équitablement l'effectif médical entre les régions en tenant compte des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.



2.53 Pour ce qui est de la présence de psychiatres sur le territoire, des écarts considérables entre les régions ont été maintes fois soulignés. Entre autres, le Collège des médecins du Québec déplorait en 1997 que « les problèmes actuels et potentiels gravitent principalement autour du redéploiement des ressources humaines et financières, plutôt qu'autour du nombre actuel de psychiatres au Québec. Le nombre de psychiatres par 100 000 habitants est très variable et source d'une grande iniquité. » Le graphique 2 fait état de la situation des effectifs médicaux en psychiatrie pour 2002.

GRAPHIQUE 2

NOMBRE DE PSYCHIATRES POUR 100 000 HABITANTS EN 2002



* Les régions de la Baie-James (Nord-du-Québec), du Nunavik et de la Baie-James (Conseil Cri) ne figurent pas dans ce graphique.

Source : MSSS.

2.54 Les psychiatres sont majoritairement concentrés dans les régions universitaires. Toutefois, ceux qui sont rattachés aux établissements publics n'offrent que très peu de services aux clientèles des autres régions, en raison notamment de la sectorisation effectuée par les établissements. Ainsi, selon les données du ministère pour 2000, dans une région, les jours d'hospitalisation en santé mentale de personnes venant de l'extérieur représentaient moins de 10 p. cent du total de ces jours. Dans une autre, pour 2001-2002, seulement 3 p. cent des usagers d'un CHPSY n'appartenaient pas à la région. Dans beaucoup de régions, la population est donc aux prises avec des difficultés majeures d'accessibilité des services.



2.55 Nous avons recommandé au ministère

- d'assurer une répartition équitable des ressources financières et des effectifs médicaux en psychiatrie;
- de veiller à ce que le réseau dégage les ressources nécessaires à la transformation des services de santé mentale.

Suivi de gestion

Pas de suivi systématique de la transformation.

2.56 Afin d'apporter le leadership requis pour que s'effectue adéquatement la transformation des services, le ministère se doit d'en suivre la mise en œuvre. Il a donc produit divers états de situation afin de faire le point sur la transformation des services. Cependant, force est de constater qu'il n'en examine pas de façon systématique l'évolution et qu'il fixe peu d'exigences aux régies régionales.

2.57 Actuellement, seulement trois à quatre professionnels ont la responsabilité de s'occuper du programme de santé mentale au ministère. Cette situation, combinée avec une insuffisance d'information et les lacunes relevées au regard des cibles et des indicateurs, ne favorise pas un suivi systématique. De la sorte, on s'écarte des vœux réitérés maintes fois quant à un leadership fort, nécessaire pour réussir une telle transformation.

Le ministère réclame peu d'information aux régies régionales.

2.58 Le ministère réclame peu d'information aux régies régionales quant aux services offerts et ne suit que certaines cibles, faute de données. Ainsi, les cibles relatives au nombre de lits, à la durée moyenne de séjour en soins psychiatriques et au pourcentage des sommes investies dans les hospitalisations et les services dans la communauté sont contrôlées annuellement, mais les données utilisées sont incomplètes ou imprécises.

2.59 Par exemple, les renseignements disponibles ne permettent pas de distinguer les lits de courte durée de ceux de longue durée, alors qu'il existe une norme du ministère pour chaque type de lits. Qui plus est, certains CHPSY ne fournissent pas l'information concernant la durée moyenne de séjour. Par ailleurs, la notion de « services externes dans la communauté » n'a pas été clarifiée. Le ministère utilise donc plus d'une méthode pour calculer la répartition des sommes entre les hospitalisations et les services dans la communauté. Quant aux régies régionales, les données qu'elles présentent varient en fonction de leur compréhension de cette notion.

2.60 En plus du suivi annuel de ces cibles, deux états de situation ont également été réalisés. Ainsi, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale a produit en 2001 l'*État d'avancement du Plan d'action de décembre 1998*, qui se veut une appréciation qualitative des tendances observées, compte tenu du manque d'information quantitative. Le groupe conclut que la transformation est en cours dans l'ensemble des régions du Québec, à des rythmes et à des conditions variables, et que des expériences prometteuses se déroulent dans chacune des régions. Toutefois, il mentionne que bien des lacunes, connues depuis plusieurs années, persistent.



***Des gains,
mais beaucoup de chemin
encore à parcourir.***

- 2.61** Dans la même année, le ministère a fait le suivi de cinq cibles prioritaires adoptées lors du forum de 2000. Ces cibles portent sur l'appropriation du pouvoir par la personne atteinte de troubles mentaux, l'intervention en situation de crise, les services de santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux, le soutien au logement et les réseaux locaux de services. Le ministère a constaté, lors de ce suivi, que des gains ont été faits, mais qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Pour ces cinq cibles, il a défini la problématique de même que les actions à accomplir. Par exemple, concernant le soutien aux personnes dans des logements sociaux, il a proposé de se donner des objectifs précis, d'établir des liens avec les organisations responsables du développement de logements sociaux et de réactiver le comité interministériel. Toutefois, excepté quelques avis publiés par le ministère, aucun geste concret n'a été fait pour donner suite à ces propositions.
- 2.62** Depuis ces deux états de situation, aucun bilan final de l'implantation du Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale n'a été produit. Ce plan d'action couvrait la période de 1998 à 2002.
- 2.63** Quant au groupe d'appui, il a terminé ses activités en mars 2003. Au terme de son mandat, il a tenu à présenter, en septembre 2003, un sommaire des travaux qu'il a réalisés et à formuler certaines recommandations générales. Celles qui se rapportent à la gestion provinciale du secteur de la santé mentale s'énoncent ainsi : assurer un leadership provincial en santé mentale ; impliquer et soutenir les partenaires dans le changement ; recourir à des indicateurs pour suivre la transformation ; financer adéquatement le réseau de la santé mentale.
- 2.64** Enfin, le plan d'action prévoyait qu'un suivi de la transformation des services serait réalisé par un groupe formé du ministère et des régies, ce qui n'a pas été fait non plus.
- 2.65** **Nous avons recommandé au ministère**
- **d'assurer son leadership et de suivre la transformation des services ;**
 - **de préciser l'information qu'il s'attend à recevoir des régies régionales.**

Régies régionales

- 2.66** Tout en encourageant la mobilisation des acteurs et la concertation entre les divers milieux, les régies régionales doivent favoriser une organisation des services respectueuse de la diversité des besoins de leur population et adaptée à leurs ressources. Pour ce faire, elles sont tenues, comme il est prévu dans la loi, de produire un plan d'organisation des services, de préciser les rôles et les responsabilités de chaque entité agissant dans leur région, de répartir les ressources, d'effectuer le suivi du rendement de ces entités et de s'assurer que les services requis sont accessibles et qu'ils conviennent aux besoins.



**Peu de plans
d'organisation des services
complets et à jour.**

2.67 Or, les régies régionales n'ont pas, pour la plupart, un plan d'organisation des services de santé mentale à jour et complet, elles fixent peu d'attentes aux fournisseurs de services et elles n'évaluent pas les résultats obtenus. De plus, les mécanismes qui pourraient favoriser la concertation entre les milieux sont à parfaire dans plusieurs régions.

2.68 Les 15 régies régionales soumises à notre sondage nous ont transmis, sous diverses formes, le plan d'organisation des services de santé mentale de leur région. Nous avons constaté qu'aucun de ces plans n'intègre tous les objectifs et les moyens d'action prônés par le ministère dans son plan d'action de 1998 et ses cibles prioritaires de 2001. En fait, 12 des 15 plans reçus ne sont pas à jour et précèdent ces mesures: 6 ont été produits avant 2001 et les 6 autres sont antérieurs à 1998. Il n'est donc pas étonnant de constater que les progrès au regard de la transformation des services de santé mentale sont insuffisants.

2.69 Par surcroît, les plans ne mentionnent que rarement les cibles et les indicateurs qui permettent de suivre la mise en œuvre des objectifs ministériels. Ce manque d'intégration fait en sorte qu'il est laborieux d'assurer, dans une perspective d'imputabilité, un suivi adéquat des activités. À titre d'exemple, il sera plus difficile d'évaluer dans quelle mesure les régies régionales ont consolidé leurs services de soutien et de répit-dépannage aux familles et aux proches, si les régies ne disposent pas d'une cible et d'un indicateur leur permettant de faire elles-mêmes le suivi de la cible ministérielle.

2.70 D'autre part, la mise en place d'ententes de gestion et d'imputabilité, tant avec les établissements du réseau qu'avec les organismes communautaires, est nécessaire pour que l'on soit en mesure d'évaluer l'efficacité des services. Ces ententes permettent de clarifier le mandat de chacun et de préciser les responsabilités, tout en mentionnant les résultats attendus et les moyens qui seront utilisés pour en évaluer l'atteinte.

**Pas d'ententes de gestion
et d'imputabilité.**

2.71 Or, les régies régionales visitées n'ont pas établi de telles ententes avec les établissements du réseau. Pourtant, dans les modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 2001, il était prévu que les régies régionales devaient signer de telles ententes pour mars 2003. Les régies régionales vérifiées n'avaient pas non plus signé d'ententes de gestion et d'imputabilité avec les organismes communautaires. En conséquence, le rôle et les responsabilités de chaque type d'établissements de même que les services qu'ils ont à dispenser ne sont pas précisés.

2.72 Pour ce qui est de la reddition de comptes, celle que les établissements et les organismes communautaires produisent est insuffisante. Les régies régionales visitées n'ont pas d'exigences particulières à cet égard; par conséquent, les documents qui leur sont remis se limitent à un rapport financier et à un rapport annuel d'activité, rapports qui sont généraux et qui ne recouvrent pas tous les services. Les régies régionales doivent donc adresser des demandes ponctuelles



aux établissements ou aux organismes lorsqu'elles désirent avoir des renseignements précis. En outre, elles peuvent difficilement évaluer l'efficacité de l'ensemble des services de santé mentale offerts par les établissements du réseau.

**La concertation souhaitée
n'est pas acquise.**

- 2.73** Les régies régionales ont également la responsabilité d'assurer la coordination des activités des différents dispensateurs de services de leur région afin de permettre une transition harmonieuse de la clientèle d'un service à l'autre. Elles doivent aussi favoriser la concertation et la collaboration, de façon à éliminer les chevauchements et à rendre possible la mise en place de services communs.
- 2.74** Des mécanismes de concertation sont présents dans toutes les régions, mais leur fonctionnement est variable et ne semble pas toujours convenir aux partenaires. En fait, la concertation souhaitée n'est pas acquise dans les régions vérifiées. L'absence de leadership des régies régionales, déplorée par plusieurs des personnes rencontrées dans deux des quatre régions vérifiées ainsi que la réticence de certains partenaires à se concerter entravent l'apparition du dynamisme nécessaire à l'amélioration des mécanismes en place. Pourtant, eu égard au nombre et à la diversité des nombreux partenaires et de leurs philosophies d'intervention, les régies régionales se doivent de faire preuve de beaucoup d'initiative.
- 2.75** Ainsi, un rapport d'enquête d'un coroner sur un dossier de santé mentale concluait en 2002 que les intervenants d'une région semblaient travailler en vase clos, que l'information ne circulait pas et que les professionnels étaient peu enclins à communiquer entre eux. Par contre, dans une autre région vérifiée, on a constitué des équipes territoriales multidisciplinaires et interétablissements. On a ainsi implanté une structure qui favorise la continuité et la complémentarité des services tout en permettant d'apporter des solutions adaptées aux besoins des communautés locales.
- 2.76** **Nous avons recommandé aux régies régionales d'effectuer une mise à jour de leur plan d'organisation des services de manière à appliquer les objectifs du ministère.**
- 2.77** **Nous avons recommandé aux régies régionales vérifiées**
- **de déterminer des objectifs précis et mesurables ainsi que de définir des cibles et d'élaborer des indicateurs au regard de la santé mentale, de les faire connaître aux dispensateurs de services et d'en effectuer le suivi;**
 - **d'avoir des exigences précises de reddition de comptes pour pouvoir assurer le suivi de la transformation;**
 - **d'établir des ententes de gestion et d'imputabilité avec les divers dispensateurs de services;**
 - **d'assurer la concertation entre les différents dispensateurs de services et de mettre en place les mécanismes qui permettront d'accroître la continuité et la complémentarité des services de santé mentale.**



Systemes d'information

*Les systèmes
ne fournissent pas
l'information nécessaire.*

2.78 Les troubles de santé mentale requièrent une vaste gamme de services fournis par de multiples prestataires. Une telle complexité suppose que le ministère et les régies régionales disposent, en temps opportun, d'une information de gestion suffisante et fiable concernant la clientèle, les ressources disponibles et les services dispensés.

2.79 Or, l'information de gestion dont le ministère et les régies régionales disposent ne leur permet pas de suivre adéquatement le programme de santé mentale. Certes, des données de nature diverse sont traitées par plusieurs systèmes: système financier, système sur les hospitalisations pour soins de courte durée, système portant sur les volumes d'activité, tel le nombre de lits dressés en soins psychiatriques pour adulte. Cependant, ces systèmes ne sont pas intégrés et ne fournissent pas l'information nécessaire.

2.80 Ainsi, le ministère et les quatre régies régionales vérifiées n'obtiennent pas de façon régulière l'information relative à l'accessibilité des services, par type de services et par ressource. Pourtant, une telle information permettrait, notamment, de déceler certaines difficultés liées au système de soins ainsi que d'orienter les choix et les actions.

*Peu d'information
sur la clientèle
et l'accessibilité.*

2.81 Par ailleurs, le ministère et les quatre régies régionales n'ont guère d'information globale sur la clientèle desservie. Cela étant, ils ne sont pas au fait de ses caractéristiques démographiques, de ses besoins en matière de services ainsi que des diagnostics qui ont été posés.

2.82 Faute de pouvoir accéder plus régulièrement à de l'information, le ministère a développé en 2002 un outil de collecte de données qui devrait permettre de dresser un portrait annuel des dépenses consacrées aux services de santé mentale et des volumes d'activité. Toutefois, cet outil ne fournit pas de renseignements sur l'accessibilité de la majorité des services. En outre, il en est à sa première année d'utilisation et les analyses qu'il autorise comportent certaines faiblesses, par exemple on y compare des dépenses de 2000-2001 avec des volumes de clientèle de 2001-2002. De plus, la fiabilité des données n'est pas assurée. Le ministère est conscient de ces faiblesses et cherche à y remédier.

2.83 Par ailleurs, des régies régionales et des établissements ont accompli des actions pour combler leur manque d'information. Ainsi, une des régies régionales vérifiées a procédé à une enquête sur l'état de santé mentale des adultes de sa région et le recours aux services. Dans une autre région, un CHPSY a développé un système qui rassemble de l'information clinique sur sa clientèle.

2.84 En l'absence d'information adéquate, il devient ardu de fixer des cibles précises et de les suivre. L'évaluation du programme de santé mentale est également plus difficile et le ministère ne peut en mesurer la performance dans une perspective globale d'amélioration des services. Le ministère accuse d'ailleurs un retard à cet égard comparativement à certaines administrations publiques. En effet, celles-ci



réussissent à juger de plusieurs aspects de la performance, dont la qualité des soins, la réduction de la consommation de médicaments, l'amélioration de la condition des usagers ainsi que leur satisfaction.

- 2.85 Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales de se doter de systèmes qui leur fournissent une information suffisante et fiable sur la clientèle, les ressources disponibles et les services dispensés.**
- 2.86 Nous avons recommandé au ministère d'évaluer son programme de santé mentale et d'en mesurer la performance dans une perspective globale d'amélioration des services.**

Disponibilité et accessibilité des services

- 2.87** Afin d'assurer une meilleure accessibilité en santé mentale, on a déterminé dans la politique de 1989 quels services essentiels devraient être offerts dans chaque région. Parmi ceux-ci, les services de base (ou de première ligne) visent à garantir, en tout temps, l'accueil, l'évaluation, l'obtention d'une réponse adéquate et l'orientation vers d'autres services lorsque la situation le requiert. Les services dits de proximité visent, quant à eux, à fournir aux personnes souffrant de troubles mentaux ainsi qu'à leurs proches le soutien et l'entraide dans leur milieu de vie. Ils peuvent prendre plusieurs formes; notons entre autres le suivi dans la communauté, l'intervention en situation de crise, l'entraide, le soutien aux familles et aux proches et les loisirs. Enfin, les services spécialisés sont rendus nécessaires par la persistance, la complexité et le degré de sévérité d'un problème de santé mentale. Ils sont offerts dans le but de maintenir ou de restaurer les capacités.
- 2.88** La disponibilité et l'accessibilité des services sont très inégales d'une région à l'autre et, parfois même, d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même région, et ce, pour les services tant de base et de proximité que spécialisés. Certains d'entre eux sont encore peu développés et leur accessibilité est souvent problématique.

Services de base et de proximité

- 2.89** La dispensation des services de base est généralement faite par les omnipraticiens et d'autres professionnels qui exercent dans des cabinets privés ou des CLSC. Quant aux services de proximité, ils sont principalement offerts par les organismes communautaires et les CLSC.
- 2.90** En ce qui concerne les services de base, la politique de 1989 stipule que l'on doit fournir une « réponse immédiate » et un « traitement approprié dans un court délai », sans toutefois préciser ce dernier élément. Dans les régions vérifiées, l'accès aux services de base est problématique dans les CLSC, mais l'absence de données par région et pour l'ensemble des régions, comme nous l'avons mentionné précédemment, ne permet pas d'avoir une image globale de la situation. Actuellement, nos travaux révèlent que la quasi-totalité des CLSC



visités tiennent des listes d'attente pour ces services. Cependant, aucune des quatre régions régionales et encore moins le ministère ne font de suivi systématique de ces listes ou ne les considèrent dans leur ensemble. De plus, ils ne possèdent pas une telle information pour les cabinets privés et les organismes communautaires.

L'étape du traitement connaît des délais importants.

2.91 Pour ces 4 régions, l'accueil et l'évaluation dans les CLSC se font sans délai, mais le traitement commence souvent beaucoup plus tard. En effet, le délai est de un à 6 mois selon les régions vérifiées et peut même atteindre 10 mois pour un territoire donné. Par ailleurs, une récente enquête de Statistique Canada¹ fait ressortir qu'environ 16 p. cent des Québécois ayant eu des problèmes de santé mentale ou de dépendance n'ont pas réussi à obtenir l'aide dont ils auraient eu besoin.

2.92 Nos entrevues dans les régions vérifiées ont révélé que le manque de médecins de famille s'occupant de santé mentale et d'équipes de santé mentale en CLSC n'est pas étranger à cette problématique. De plus, un avis portant sur les maladies mentales que le Conseil médical du Québec a publié en 2001 mentionne que les médecins de famille œuvrant en santé mentale sont rares. Les raisons de cet état de fait sont, entre autres, l'insuffisance de formation et un manque de soutien, d'intérêt ou de temps. À ce sujet, le ministère s'était donné comme objectif, dans son plan d'action de 1998, d'adapter la rémunération des médecins de famille pour les consultations en santé mentale, mais il n'est pas encore passé à l'action.

Certains CLSC ne peuvent pas offrir tous les services de base.

2.93 Nos travaux dans les régions vérifiées nous ont permis de constater que, dans les CLSC, la composition des équipes s'occupant de santé mentale est très variable et que leur disponibilité n'est pas toujours assurée. De fait, certaines d'entre elles ne peuvent offrir tous les services de base. Par exemple, un CLSC n'a aucune équipe en santé mentale; dans d'autres cas, pour certaines clientèles, les équipes ne comprennent aucun omnipraticien, aucun psychologue ou aucun travailleur social. D'ailleurs, la commission Clair recommandait de renforcer les services courants de santé mentale dans les CLSC.

2.94 Des enquêtes ont révélé que, après les médecins généralistes, les psychologues sont les professionnels les plus consultés pour les problèmes de santé mentale. Plusieurs personnes nous ont dit que très souvent les patients sont dirigés directement vers les cabinets privés puisque ces professionnels sont peu disponibles dans les CLSC. Cependant, seuls ceux qui en ont les moyens ou qui disposent d'une assurance peuvent recourir à ces cabinets.

2.95 Selon plusieurs personnes œuvrant en psychiatrie dans les centres hospitaliers (CHSGS ou CHPSY), les problèmes d'accès aux professionnels dispensant des services de base exercent une pression sur les services spécialisés. En outre, certains psychiatres rencontrés se disent contraints d'offrir les services de base, faute de pouvoir retourner leurs clients aux services de première ligne après évaluation et stabilisation. Le Collège des médecins du Québec déplore que, dans trop de cas, le psychiatre ait remplacé le médecin de famille dans un rôle de première ligne.

1. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2003.



- 2.96** Quant aux services de proximité, favorisant le maintien des personnes adultes dans leur communauté, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale constatait en 2000 que, de façon générale, les services apparaissent comme déficients à l'échelle du Québec et que leur accessibilité était problématique. Depuis, aucun bilan n'a été produit et l'absence de données ne permet pas de dresser un portrait fidèle de l'offre de services.
- 2.97** Par exemple, au regard de certains services pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de places offert par les établissements et les organismes communautaires est loin de celui qui est souhaitable. Pour ces services, le ministère a déterminé le nombre de places optimal en se basant sur des normes reconnues. Ainsi, il estime à 5 942 le nombre de places requises pour le soutien au travail ou aux études et à 1 113 le nombre de celles existantes, soit 19 p. cent de l'objectif. Quant aux places dans les centres de jour, le nombre de celles requises est de 1 857, alors que le ministère n'en compte que 1 212, soit 66 p. cent du nombre souhaité.
- 2.98** Enfin, la famille et les proches constituent le principal soutien de plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux. Le ministère a d'ailleurs maintes fois mis en évidence la nécessité de les appuyer. Depuis quelques années, des groupes de répit et de dépannage ont vu le jour. Selon plusieurs sources, dont le ministère et le groupe d'appui, les besoins non comblés demeurent immenses et le taux de disponibilité des services de répit et de dépannage est très faible dans plusieurs régions. Cependant, il est difficile de dégager une image précise de ces services et les données disponibles au ministère ne sont pas nécessairement complètes. D'après celles-ci, les établissements et les organismes communautaires de seulement 11 des 18 régions auraient alloué des sommes pour dispenser de tels services.
- 2.99** **Nous avons recommandé au ministère et aux régions régionales de prendre les mesures pour augmenter l'accessibilité et la disponibilité des services de base et de proximité offerts à la population.**

Services spécialisés

- 2.100** Ces services, généralement dispensés par les psychiatres et d'autres spécialistes, comprennent entre autres l'hospitalisation, le traitement en consultation externe et le suivi intensif dans la communauté.
- 2.101** La difficulté à accéder aux ressources psychiatriques constitue une réalité tant pour la clientèle que pour les médecins de famille et les équipes s'occupant de santé mentale dans les CLSC. Un rapport du Collège des médecins du Québec souligne que, pour les patients et les médecins de famille, il est ardu d'avoir accès à une consultation rapide auprès d'un psychiatre. Il y est préconisé notamment de donner à celui-ci un rôle d'expert-conseil auprès du médecin de famille, de façon à assurer un soutien professionnel dans le suivi du patient. On y observe également que le rôle des médecins de première ligne et celui des psychiatres se chevauchent et que la complémentarité des services n'est pas acquise.



- 2.102** Actuellement, dans les deux régions où nous avons obtenu cette information, le délai pour obtenir une consultation auprès d'un psychiatre varie beaucoup. En effet, le délai moyen pour avoir un rendez-vous aux consultations externes est de 3,8 mois dans une région et de 14 mois dans l'autre. Sur un territoire de cette dernière, le délai peut même atteindre 24 mois.
- 2.103** En outre, les équipes des CLSC prennent souvent en charge la clientèle souffrant de troubles graves, sans pouvoir compter sur les services d'un psychiatre consultant pour les aider. Ainsi, dans un rapport sur un suicide survenu en 2002, le coroner déplore l'absence, dans une région, d'un protocole concernant les consultations « urgentes » en psychiatrie.
- 2.104** Par ailleurs, dans le contexte de la désinstitutionnalisation, le ministère a défini des objectifs pour accélérer la fermeture de lits et transférer les ressources plus près du milieu de vie de la clientèle. En ce qui concerne l'hospitalisation, le plan d'action précisait que la mise en place de services dans la communauté devait permettre la réduction du nombre de lits et de la durée des séjours. Le ministère a alors fixé l'objectif global de disposer de 0,4 lit pour 1 000 habitants, dont 0,15 lit de soins de longue durée et 0,25 lit de courte durée. Quant à la durée moyenne de séjour dans les lits de courte durée, la norme visée est de 20 jours.
- 2.105** De nombreux lits ont été fermés; de 1995 à 2002, leur nombre est passé de 6 000 à 3 496 lits (longue et courte durée), soit une réduction globale de 42 p. cent. La cible provinciale n'est pas tout à fait atteinte puisque les lits actuels représentent 0,471 lit pour 1 000 habitants. Les régions de Québec et de Montréal en sont les principales responsables. En effet, ces régions disposent à elles seules de 60 p. cent des lits en psychiatrie, alors qu'elles comptent 33 p. cent de la population québécoise. Cette concentration de lits pourrait être justifiée si une planification intégrée en était faite afin de permettre, notamment, les allées et venues de la clientèle entre les régions. En ce qui a trait à la répartition des lits entre ceux de courte durée et ceux de longue durée, le ministère ne peut en suivre l'évolution en raison d'un manque d'information fiable.
- 2.106** Pour ce qui est de la durée moyenne de séjour dans les lits de courte durée, l'objectif serait presque atteint; en effet, elle représentait, en 2001-2002, 20,4 jours. Cependant, ce chiffre n'est pas complet, puisque deux CHPSY ne fournissent pas leurs données. En outre, il existe un écart important entre la durée moyenne de séjour dans les lits de courte durée des CHPSY et celle des CHSGS, qui est respectivement de 38 et de 17,6 jours. Étant donné que la lourdeur des cas a été prise en compte dans la méthode de comparaison utilisée, un tel écart est difficilement explicable, d'autant plus que le type d'établissements n'est pas un facteur qui influence cette donnée.
- 2.107** Plus près du milieu de vie, le suivi intensif dans la communauté est un service requis pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves. Le ministère a établi dans une de ses lignes directrices que ce type de suivi devrait être offert à un minimum de 100 personnes pour 100 000 habitants.

*De 1995 à 2002,
réduction de 42 p. cent
des lits en psychiatrie.*



***Suivi intensif
dans la communauté :
cible atteinte
à 20 p. cent.***

- 2.108** Notre sondage nous a permis de constater que cette cible n'est atteinte qu'à 20 p. cent; en effet, seulement 1 460 personnes bénéficient de ce type de suivi, alors que l'objectif est de 7 400. Le taux d'accessibilité des services varie également selon les régions. L'offre dans ces dernières représente de 1 à 83 p. cent de l'objectif recherché. Pourtant, un tel suivi a une incidence notable sur la qualité de vie des patients: médication plus efficace, augmentation des habiletés dans la vie quotidienne, satisfaction accrue à l'égard des services, réduction des hospitalisations et des visites aux urgences. De plus, il occasionne une diminution importante des coûts.
- 2.109** **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales d'améliorer l'accès de la population aux services spécialisés.**

Ressources résidentielles

- 2.110** De façon générale, les personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent vivre dans la collectivité, mais plusieurs ne sont pas en mesure d'agir seules. Elles doivent être logées dans un endroit qui convient à leurs besoins. La politique mentionnait l'importance d'améliorer les conditions d'hébergement et d'exploiter certaines voies, comme les logements adaptés, afin de faciliter la réadaptation et la réintégration sociale.
- 2.111** Parmi les ressources disponibles, on trouve les services d'hébergement en milieu de vie substitut telles les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). Ce type de ressources offre un encadrement qui recouvre plusieurs facettes de la vie quotidienne. Il y a aussi les ressources d'hébergement communautaire, permettant une plus grande autonomie, qui peuvent prendre la forme de foyers de groupe et de résidences de traitement ou de réadaptation. Enfin, les logements permanents (logement social ou privé) constituent des milieux de vie autonomes dans lesquels les gens reçoivent du soutien externe.
- 2.112** Le Comité de la santé mentale du Québec soulignait, dans un rapport d'octobre 1997, que les logements permanents sont valorisés socialement et permettent de développer des relations sociales et d'adopter un style de vie courant. De plus, ils sont préférables aux autres ressources qui représentent un facteur additionnel de marginalisation pour les patients psychiatriques. D'ailleurs, dans les cibles prioritaires de 2001, on préconise d'obtenir plus de places dans les logements permanents en raison de l'autonomie qu'ils offrent.
- 2.113** Présentement, plusieurs personnes ayant des problèmes de santé mentale sont en attente ou à la recherche d'une ressource résidentielle qui répond à leurs besoins. Les ressources disponibles sont peu variées et mal adaptées aux nouvelles pratiques en santé mentale. Ce constat a notamment été fait en 2000 par le groupe d'appui dans son rapport sur l'état d'avancement du plan d'action; il a été repris en 2002 par les autorités du ministère qui ont déclaré que, pour ce qui est du

***Les ressources résidentielles
sont peu variées
et mal adaptées.***



soutien aux personnes dans des logements sociaux, « c'est sans doute le domaine où on est le moins avancé ». D'ailleurs, plusieurs personnes doivent vivre dans des conditions insalubres, voire dans la rue. En effet, la commission Clair rapporte que les itinérants souffrant de maladie mentale grave sont de plus en plus nombreux.

***Pénurie de logements
sociaux et privés.***

- 2.114** À l'heure actuelle, peu de personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent choisir une ressource permettant un mode de vie autonome, car les RI et les RTF sont presque les seules ressources disponibles. D'ailleurs, le ministère vise une réduction du nombre de places dans ce type de ressources afin de pouvoir développer d'autres ressources plus légères. Il a établi que le réseau devrait offrir 54 places pour 100 000 habitants dans les RI et les RTF, alors qu'on en trouve actuellement 109.
- 2.115** De surcroît, alors que les besoins pour des logements permanents sont importants, l'offre, elle, est absente. En effet, la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a enregistré une baisse considérable du taux d'inoccupation des logements locatifs entre 1992 et 2002. Au Québec, il est passé de 7,5 à 1,2 p. cent, ce qui en fait le taux le plus faible au Canada. En outre, dans les centres urbains, le taux est encore plus bas, soit 0,3 p. cent à Québec, 0,5 p. cent à Gatineau et 0,7 p. cent à Montréal.
- 2.116** Compte tenu de la pénurie de logements privés et sociaux, il est illusoire de penser que l'on peut offrir des services en milieu autonome à des personnes hébergées depuis plusieurs années dans le réseau, à moins d'une entente intersectorielle pour les logements sociaux, ce qui n'est pas encore fait. Pourtant, la politique de 1989 faisait état de ce manque de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et les autres secteurs et nous l'avions également souligné dans notre rapport de 1995-1996. De plus, le plan d'action comportait l'objectif de mettre au point des actions intersectorielles en matière de logement et d'intégration au travail. Des travaux ont été faits en ce sens, mais ils n'ont pas permis de signer d'ententes. En conséquence, plusieurs personnes prêtes à vivre dans un autre milieu doivent demeurer hospitalisées, ce qui entraîne des coûts importants.
- 2.117** Par exemple, lors de notre visite dans un CHSGS, 15 des 44 personnes hospitalisées en psychiatrie dans un lit de courte durée – soit 34 p. cent – avaient demandé d'être hébergées ailleurs. Leur attente durait en moyenne depuis 67 jours. À titre d'exemple également, 10 personnes sont hospitalisées depuis au moins deux ans dans un hôpital psychiatrique, même si elles sont jugées aptes à quitter l'établissement pour une ressource d'hébergement plus légère.
- 2.118** Or, le fait que des personnes en attente d'une ressource résidentielle occupent des lits en psychiatrie dans un centre hospitalier a un impact financier non négligeable. Ainsi, selon les données obtenues d'un CHSGS visité, le coût annuel pour l'occupation d'un lit de courte durée est de 66 864 dollars par année, comparativement à 39 372 dollars pour un lit de longue durée et à 20 010 dollars

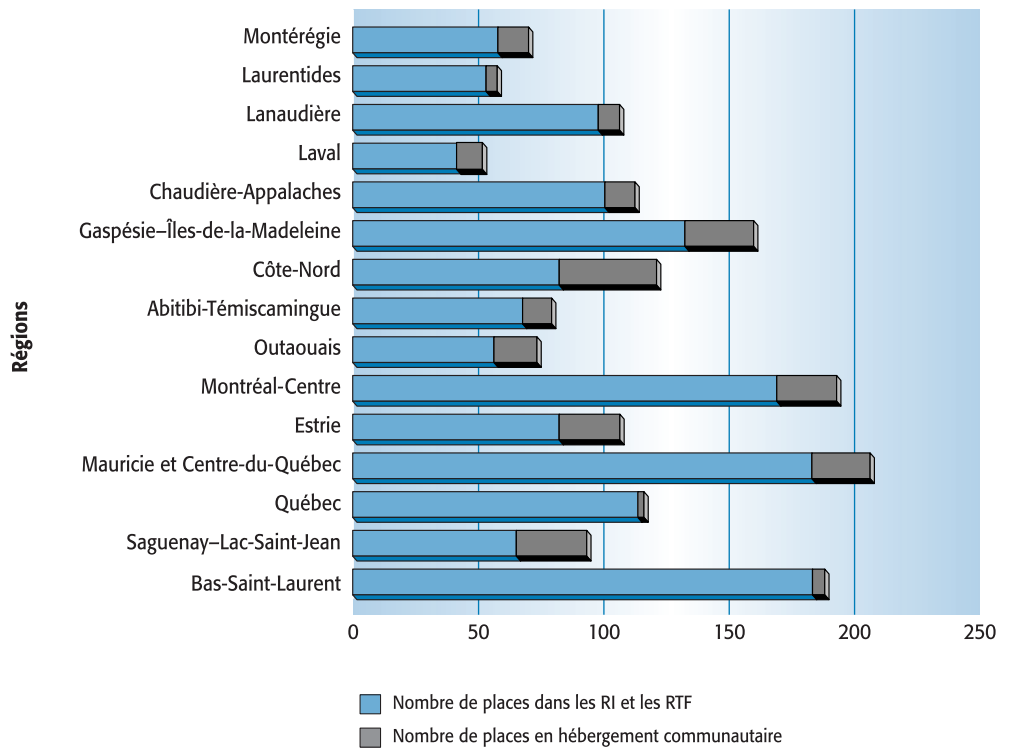


pour les ressources d’hébergement de type RI. Ces coûts excluent les services hôteliers et les médicaments. Par ailleurs, le fait qu’un lit de courte durée soit occupé par une personne en attente empêche la disponibilité de ce lit ; une autre personne doit donc souvent attendre plusieurs jours à l’urgence.

2.119 Le ministère précise dans son plan d’action de 1998 que dans chaque région on doit pouvoir compter sur une variété de ressources résidentielles. Toutefois, il y spécifie également qu’il souhaite une réduction du nombre de places dans les RI et les RTF au profit de ressources plus légères. Il n’a diffusé cependant aucune norme dans le réseau qui pourrait guider la planification des services requis, ce qui ne facilite pas la tâche des régies régionales. Actuellement, le nombre de places disponibles dans les RI, les RTF et les ressources d’hébergement communautaire, très variable selon les régions, est de 53 à 207 places pour 100 000 habitants (graphique 3).

GRAPHIQUE 3

NOMBRE DE PLACES DANS LES RESSOURCES D’HÉBERGEMENT POUR 100 000 HABITANTS



Source : Sondage auprès des régies régionales.



Certaines régions poursuivent de beaux projets.

- 2.120** On ignore combien de places et quel type de ressources manquent. Certaines régions régionales réussissent tout de même à réaliser de beaux projets de développement ou de transformation. À titre d'exemple, des appartements-satellites, construits autour d'un local communautaire, permettent d'offrir un soutien régulier tout en favorisant l'autonomie.
- 2.121** Nos entrevues nous ont également appris qu'il n'y a pas d'évaluation systématique de la situation des personnes hébergées dans les RI et les RTE, évaluation qui permettrait de s'assurer que leur hébergement constitue bien le type de ressources le plus approprié à leurs besoins.
- 2.122** Enfin, les régions régionales vérifiées n'élaborent ni ne coordonnent le processus d'admission en matière de santé mentale, et ce, pour l'ensemble de leur clientèle et en fonction de toutes les ressources de leur région. Les mécanismes d'accès présentent de grandes disparités, ce qui ne favorise pas l'équité. Ainsi, dans une région vérifiée, comme l'accès aux RI relève du CHPSY, celui-ci a tendance à y admettre prioritairement sa propre clientèle avant celle de l'extérieur, compte tenu du fait que la région est aux prises avec un manque de places.
- 2.123** **Nous avons recommandé au ministère et aux régions régionales vérifiées**
- de connaître les besoins par type de ressources résidentielles;
 - de s'assurer que les ressources adaptées à la clientèle sont accessibles;
 - d'exiger ainsi que de recueillir une information fiable pour être en mesure de déceler en temps opportun les situations problématiques au regard de l'accessibilité des ressources résidentielles.
- 2.124** **Nous avons recommandé aux régions régionales vérifiées**
- de mettre en place des mécanismes d'accès pour les ressources résidentielles;
 - de s'assurer que les établissements procèdent régulièrement à des évaluations de la situation de la clientèle hébergée afin de lui offrir les ressources résidentielles requises.

Reddition de comptes

- 2.125** L'information transmise dans les rapports annuels du ministère et des régions régionales ne permet pas au lecteur d'apprécier l'efficacité et l'efficience des interventions dans le secteur de la santé mentale. On ne présente pas adéquatement dans ces rapports les objectifs, les cibles visées ainsi que les résultats obtenus et on n'explique pas les écarts importants qui ont été observés.
- 2.126** Le ministère, dans son rapport annuel de gestion de l'exercice 2001-2002, aborde un seul objectif du volet « santé mentale », et ce, malgré le nombre appréciable d'objectifs et de cibles déterminés dans les différents documents ministériels. Relativement à cet objectif, soit celui de mettre en place des réseaux de services pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie, le ministère met en évidence les actions accomplies dans ce domaine, mais il n'en

Les rapports annuels de gestion ne permettent pas d'évaluer la performance.



établit pas la progression. Le rapport donne également des renseignements sur trois indicateurs définis dans le plan d'action de 1998. Toutefois, ces indicateurs sont présentés sans que soit fait le lien entre le résultat et la cible visée, ce qui empêche d'évaluer la performance dans une perspective de reddition de comptes.

2.127 Les régies régionales ne sont guère plus loquaces dans leur reddition de comptes de l'exercice 2001-2002. Elles se limitent fréquemment à mentionner quelques interventions dans le secteur de la santé mentale et ne précisent pas les résultats obtenus. Cependant, 3 des 15 régies régionales jointes par sondage ont eu le soin d'inclure dans leur rapport annuel de l'information sur certaines mesures et certains objectifs de même que sur les actions réalisées au regard de ces objectifs. Toutefois, cette information ne donne pas au lecteur la possibilité de conclure sur la performance.

2.128 **Nous avons recommandé au ministère et aux régies régionales**

- **de veiller à ce que la reddition de comptes porte sur l'ensemble des objectifs poursuivis, des cibles et des indicateurs retenus;**
- **d'expliquer adéquatement les écarts importants entre les cibles visées et les résultats obtenus.**

Suivi des recommandations formulées au ministère et aux régies régionales en 1995-1996

2.129 Au cours de l'année 1995-1996, nous avons effectué une vérification de l'optimisation des ressources portant sur l'action du gouvernement relativement aux organismes communautaires de la santé et des services sociaux et à la santé mentale. Dans le volet « santé mentale », nous voulions nous assurer que les services concouraient aux objectifs et aux orientations du gouvernement en la matière et qu'ils étaient gérés avec un souci d'efficience.

2.130 Dans le présent chapitre, nous avons effectué une vérification de l'optimisation des ressources dont les objectifs englobent ceux de 1995-1996. Nous sommes donc en mesure de voir si les recommandations formulées à l'époque ont été prises en compte par le réseau de la santé et des services sociaux et si des correctifs ont été apportés aux lacunes que nous avions relevées.

2.131 Notre suivi révèle qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour parvenir à remédier aux problèmes soulevés à l'époque. Le manque de leadership du ministère et des régies régionales n'est certes pas étranger à cette situation. En effet, des 27 recommandations formulées en 1995-1996 à l'égard des services de santé mentale, 3 seulement ont été appliquées. Trois autres ont été suivies partiellement, mais les progrès sont satisfaisants. Quant à celles qui restent, 16 ont été appliquées partiellement et de façon insatisfaisante, 4 n'ont pas encore été suivies et une est devenue sans objet. Beaucoup d'actions concrètes restent donc à accomplir tant pour le ministère que pour les régies régionales; en effet, d'une manière globale, seulement 24 p. cent des recommandations ont été appliquées ou ont donné lieu à des progrès satisfaisants. Le tableau 2 présente le niveau d'application de chacune des recommandations.



TABEAU 2

ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Recommandation				
	Appliquée	Partiellement appliquée		Non appliquée	Sans objet
		Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants		
Maintien et développement optimal de la santé mentale de la population					
Proposer au gouvernement un cadre d'action en matière de promotion et de prévention en santé mentale.			MSSS		
Favoriser davantage la réalisation d'actions concertées de promotion et de prévention, et ce, tant auprès de la population en général que des personnes exposées à des risques pour leur santé mentale.				RR	
[À l'une des régies régionales visitées,] définir des orientations, des objectifs et des actions à privilégier en cette matière [promotion et prévention] ¹ .	RR				
Maintien dans le milieu de vie et réintégration sociale des personnes					
Assurer la transformation de l'organisation des services préconisée par la Politique de santé mentale.			MSSS RR		
Assurer la réalisation de leur plan d'organisation de services.			RR		
Consolidation du partenariat avec les autres secteurs de l'État					
Associer, de façon continue, les différents secteurs de l'État à la poursuite des objectifs de la Politique de santé mentale ² .			RR	MSSS	
Se doter d'une politique de concertation qui explicite ce qui est attendu de ce partenariat, les responsabilités de chaque secteur ainsi que les moyens privilégiés pour que ce partenariat porte les fruits souhaités ³ .			RR		
Accessibilité					
S'assurer qu'une diversité de services est disponible en temps opportun auprès du milieu de vie des personnes.			RR		
Efficience					
Réviser les normes portant sur le nombre de lits en psychiatrie et s'assurer de leur respect ⁴ .		MSSS			
Fournir des indications sur l'utilisation des ressources et des services en santé mentale ⁴ .			MSSS		
Respecter les normes ministérielles sur le nombre de lits en psychiatrie ⁴ .		RR			
Préciser le rôle et les responsabilités des dispensateurs de services.			RR		

1. Cette régie régionale a défini des orientations, des objectifs et des actions à privilégier en matière de promotion et de prévention dans son Plan régional d'organisation de services 1997-2002.
2. Bien que des associations intersectorielles aient permis l'adoption de certaines mesures, les ententes régionales conclues ne recouvrent pas tous les secteurs prévus par la Politique de santé mentale.
3. Les politiques de concertation intersectorielles actuelles ne s'appliquent pas à l'ensemble des secteurs touchant la santé mentale.
4. Le ministère a révisé sa norme portant sur le nombre de lits; elle est maintenant de 0,4 lit pour 1 000 habitants, soit 0,25 lit de courte durée et 0,15 lit de longue durée. Cependant, cette cible n'est pas tout à fait atteinte: le nombre de lits pour 1 000 habitants est de 0,47. Par ailleurs, le ministère ne peut s'assurer que la norme sur les lits de courte et longue durée est respectée, car il ne dispose pas d'une information fiable sur la répartition de ces lits.



TABEAU 2 (SUITE)

Procéder aux analyses propres à assurer l'utilisation optimale des ressources et des services et la réallocation des ressources dans le milieu de vie des personnes.			RR		
Ressources intermédiaires Poursuivre ses efforts pour établir une classification des services offerts par les ressources intermédiaires et pour déterminer les taux de rétribution applicables à chaque type de services ainsi que les orientations que les régies régionales sont tenues de suivre dans l'établissement des modalités d'accès à ces ressources ⁵ .	MSSS				
S'assurer que celles-ci [les ressources intermédiaires utilisées par les établissements] correspondent aux besoins et qu'elles sont gérées avec efficacité.			RR		
Information de gestion Se procurer l'information nécessaire pour assumer leurs responsabilités en matière de santé mentale.			MSSS RR		
S'assurer que le système d'information en santé mentale ne répondra qu'aux besoins qui représentent des bénéfices importants pour les utilisateurs et qu'il respectera le caractère confidentiel des données ⁶ .					MSSS
Évaluation Préciser dans le temps les résultats attendus quant à la santé mentale des Québécois.			MSSS		
Déterminer les objectifs qu'elles visent quant à l'organisation des services en santé mentale dans leur territoire.		RR			
S'assurer que les évaluations des programmes sont effectuées.				MSSS RR	
Reddition de comptes Réviser le contenu de leur rapport annuel d'activité afin de fournir une information plus complète et produire celui-ci dans les délais impartis par la loi ⁷ .			MSSS RR		
Renforcer ses exigences en matière de reddition de comptes envers les régies régionales et s'assurer que les stipulations de la loi relativement au délai de production de leur rapport annuel d'activité sont respectées ⁸ .	MSSS				
Nombre de recommandations					
Ministère	2	1	6	2	1*
Régies régionales	1	2	10	2	
Total	3	3	16	4	1
Répartition	12 %	12 %	61 %	15 %	
Gestes concrets	85 %				
Application complète ou progrès satisfaisants	24 %				

* La recommandation sans objet n'est pas considérée à des fins statistiques.

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux
RR Régie régionale

- Depuis le 1^{er} avril 2001, un cadre de référence sur les ressources intermédiaires est en vigueur. Par ailleurs, le ministère a rédigé une circulaire afin de préciser les règles applicables quant à la rétribution de ces ressources.
- Le système d'information ayant été abandonné, la recommandation est devenue sans objet.
- Le ministère a produit son rapport annuel dans les délais impartis par la loi. Toutefois, ce n'est pas le cas des régies régionales.
- La nouvelle circulaire des normes et pratiques de gestion requiert que les régies régionales présentent les objectifs, les indicateurs et les résultats obtenus. La loi relativement au délai de production du rapport annuel d'activité a également été modifiée.



2.132 Commentaires du ministère

« **Commentaire général.** Le ministère prend acte des recommandations du Vérificateur général sur la santé mentale et a l'intention d'y donner suite de façon appropriée. Les mesures qui ont déjà été initiées ou qui le seront prochainement sont présentées pour chacune des recommandations. De plus, des commentaires additionnels sont apportés au regard de certaines recommandations.

« **Gestion du programme de santé mentale: objectifs, cibles et indicateurs.** Le Vérificateur général recommande au ministère de préciser ses objectifs et de produire un plan d'action qui tienne compte de l'ensemble du continuum de services, allant de la prévention et de la promotion de la santé mentale aux services spécialisés et de toutes les clientèles et non uniquement les personnes présentant des troubles mentaux graves.

« Le ministère reçoit bien cette recommandation. L'élargissement de la planification était déjà à l'agenda et des travaux sont amorcés depuis l'été 2003. Deux directions générales du MSSS ont travaillé conjointement, au cours de la période estivale, à l'élaboration de propositions d'actions pour actualiser les priorités reconnues dans le champ de la santé mentale.

« La Direction générale des affaires médicales et universitaires (DGAMU), désormais responsable de services en santé mentale au MSSS, a créé un groupe d'experts-conseils. Ces experts proposeront, dès le printemps, un plan d'action incluant des cibles précises, des indicateurs et un échéancier.

« **Gestion du programme de santé mentale: allocation des ressources.** L'objectif d'assurer une répartition équitable des ressources est au cœur des préoccupations du secteur de la santé mentale et plus largement du MSSS. Le défi de cet objectif est de convenir de modalités d'allocation adéquates.

« À cet égard, le MSSS a entrepris une démarche de révision de ses modes d'allocation interrégionale pour les différents programmes clientèle. L'exercice permettra d'allouer à compter de l'année budgétaire 2004-2005 des crédits dans le secteur de la santé mentale, selon une méthode populationnelle prenant en compte les caractéristiques qui modifient les besoins d'une région à une autre.

« En ce qui concerne la répartition des effectifs médicaux en psychiatrie, une condition essentielle à une meilleure accessibilité aux services, la décision de confier la gestion du programme de santé mentale à la DGAMU s'appuie sur la volonté d'apporter les correctifs requis.

« **Gestion du programme de santé mentale: suivi de gestion.** Le secteur de la santé mentale s'est inscrit dans la démarche ministérielle de suivi des ententes de gestion ministère-régies. Cinq indicateurs font l'objet d'un suivi périodique aux 28 jours depuis octobre 2003. Nous serons en mesure de rendre compte de résultats dès la mi-novembre 2003.

« Ces indicateurs portent sur

- les services aux enfants et aux jeunes:
 - listes d'attente à l'évaluation en pédopsychiatrie;
 - listes d'attente pour le traitement;
 - nombre de jeunes ayant reçu des services sociaux courants et des services spécialisés pour des problèmes de santé mentale en CLSC;



- les services aux adultes :
 - nombre de personnes ayant reçu des services de soutien intensif ou continu ;
 - durée moyenne de séjour sur des civières dans les salles d'urgence.

« Compte tenu du large consensus sur lequel se sont appuyées les cibles prioritaires adoptées au Forum de septembre 2000, le ministère entend développer des mesures et indicateurs de suivi de la réalisation de ces cibles.

« De plus, des analyses comparatives et évolutives seront effectuées sur des problématiques particulières. Déjà, un portrait des ressources résidentielles existantes est en préparation.

« **Systèmes d'information : information de gestion.** Pour le secteur de la santé mentale comme pour les autres volets du système de santé, la disponibilité d'informations de gestion est *sine qua non* pour rendre compte des résultats atteints et effectuer les ajustements requis lorsque nécessaire. Le MSSS entend accentuer les travaux déjà entrepris pour se doter d'outils adéquats pour obtenir des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux les informations pertinentes nécessaires à une saine gestion.

« Depuis janvier 2001, le MSSS en collaboration avec les régies régionales et les établissements a élaboré une collecte d'informations sur les dépenses et les volumes d'activité en santé mentale (OASIS). Le cadre normatif a fait consensus. Des informations sont recueillies pour 45 services. Au cours de la première année, la totalité des 284 établissements ont contribué et fourni des données. L'équipe ministérielle effectuera les suivis nécessaires auprès des établissements pour que les données de la première année d'opération s'améliorent en validité et en fiabilité. La direction ministérielle responsable des systèmes d'information s'assurera de la gestion de cette banque de données.

« **Évaluation.** Le Vérificateur général recommande d'évaluer le programme de santé mentale dans son ensemble. Le MSSS reçoit cette recommandation et verra à ce que des mesures d'évaluation soient prévues dans le plan d'action qui sera rendu public au printemps 2004. La nouvelle politique d'évaluation du MSSS pourra servir de cadre à cet exercice qui sera sous la responsabilité de la Direction de l'évaluation.

« **Disponibilité et accessibilité des services : services de base et services spécialisés.** L'amélioration de l'accès à des services de base en lien avec des services spécialisés lorsque les situations le requièrent est au cœur des réformes en cours actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le MSSS prend acte des commentaires du Vérificateur général concernant les difficultés d'accès à ces services. Le plan d'action déjà en préparation, avec le comité d'experts, s'attaquera de façon prioritaire à cette question. Il ciblera notamment l'augmentation de la disponibilité de professionnels formés et compétents pour offrir ces services, à moyen et long terme.

« **Disponibilité et accessibilité des services : services résidentiels et autres services de proximité.** Pour vivre de façon sécuritaire et satisfaisante en société, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent avoir accès à des services dans leur milieu de vie (services de crise pour traverser les périodes difficiles, un logement décent et des services de suivi plus ou moins intensif pour leur assurer traitement et accompagnement).



« Au cours des cinq dernières années, ces services se sont développés dans toutes les régions du Québec, mais le ministère est conscient que ce développement doit se poursuivre. En continuité avec l'exercice déjà en cours, le MSSS compte inclure des mesures sur ce sujet dans son plan d'action, sur la base des recommandations du Vérificateur général.

« **Reddition de comptes.** Depuis le printemps 2003, le MSSS met en place un nouveau mode de reddition de comptes basé sur la responsabilisation des gestionnaires à chacun des niveaux hiérarchiques. En juin dernier, le MSSS et les régies régionales ont convenu d'indicateurs de suivi qui font l'objet d'une reddition de comptes régulière, depuis la mi-novembre 2003. »

2.133 Résumé des commentaires des régies régionales vérifiées

Deux des quatre régies régionales vérifiées ont formulé un commentaire général. L'une d'entre elles fait savoir ceci : « Dans l'ensemble, en regardant les choses dans la perspective de notre région, nous partageons les grands constats faits par le Vérificateur général. » L'autre précise : « Nous partageons globalement l'analyse effectuée par l'équipe du Vérificateur général, tout en considérant qu'il est important de la situer dans le contexte de chacune des régions. Ainsi, nous partageons sans doute l'analyse à l'effet que les budgets, donc les services, sont inéquitablement répartis entre les régions du Québec. Il s'agit d'un problème majeur reconnu depuis longtemps. » De plus, les régies régionales ont apporté des commentaires particuliers sur certains sujets traités.

Concernant la planification régionale des services, une régie régionale mentionne qu'elle a réalisé une récente planification stratégique régionale qui vise particulièrement l'atteinte de cibles ministérielles et qui propose un suivi des indicateurs correspondants. Bien que cette planification n'ait pas été adoptée officiellement, la régie et les partenaires régionaux s'en inspireront sans doute dans les réflexions et les orientations des prochaines années.

Une autre régie régionale souligne que des ententes de gestion et d'imputabilité étaient en préparation, mais qu'elle a suspendu ce processus pour faire place à une plus grande responsabilisation des décideurs et des intervenants locaux sur la base des réseaux intégrés de services. Cette responsabilisation sera assortie d'objectifs de résultats qui feront l'objet d'une reddition de comptes.

Quant au financement de la transition, une régie régionale commente : « Il est en effet difficile, sans budget de transition, de faire une bascule entre un système très fortement centré sur les structures hospitalières de 3^e ligne et le développement de ressources dans la communauté. La marge de manœuvre pour faire la transformation n'a pu être obtenue de la fermeture des lits hospitaliers puisque l'argent récupéré a été retourné en majeure partie à l'équilibre budgétaire des établissements. »

En ce qui a trait à la disponibilité et à l'accessibilité des services, une régie fait état de ce qui suit : « Nous reconnaissons que nos services ne répondent pas à l'ensemble des besoins, par exemple au niveau des services de base en CLSC ou des différents types de suivi dans la communauté. » Une autre émet ce commentaire : « Sans nier que des ressources



additionnelles soient nécessaires pour les équipes de santé mentale, nous soulignons que tous les territoires des CLSC de notre région disposent d'une équipe en santé mentale. Nous disposons d'une équipe de suivi dans la communauté dans chacun des territoires de la région. Toutefois, il peut y avoir un accès restreint à l'une ou l'autre de ces équipes.»

Au sujet des ressources résidentielles, une Régie régionale nous mentionne qu'elle vient de produire un plan d'action en vue de créer un véritable programme de soutien au logement. Ainsi, 75 places d'hébergement, soit 25 p. cent des places, seront graduellement fermées et la Régie régionale procédera au transfert des budgets libérés dans un programme de soutien au logement. La Régie régionale prévoit l'actualisation de sa démarche au cours de l'exercice 2003-2004.

Une autre signale qu'elle a conclu une entente avec la municipalité pour le développement de logements sociaux offrant du soutien communautaire.



ANNEXE – OBJECTIFS DE VÉRIFICATION ET CRITÈRES D'ÉVALUATION

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs présentés dans ce mandat de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et adéquats pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Ces critères émanent principalement des principes reconnus de saine gestion. Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes de travail respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectif

S'assurer que la planification des services permet de répondre aux besoins de la population en matière de santé mentale.

Critères

- Le ministère connaît les besoins de la population en matière de services de santé mentale.
- Le ministère précise et fait connaître ses orientations au regard notamment de l'accessibilité et de la continuité des services.
- Le ministère fixe, au regard des services de santé mentale, des objectifs précis et mesurables liés aux orientations et accompagnés d'indicateurs pertinents, les communique aux différents paliers du réseau et en mesure l'atteinte.
- Le ministère et les régies régionales établissent et diffusent les rôles et les responsabilités des différents acteurs (ministère, régies régionales, établissements publics, ressources privées, organismes communautaires) et prennent entente avec les autres secteurs concernés.

Objectif

Évaluer dans quelle mesure l'organisation des services de santé mentale favorise l'accessibilité et la continuité de ceux-ci.

Critères

- Les régies régionales fixent aux dispensateurs de services de santé mentale des objectifs précis, mesurables et qui respectent les orientations ministérielles.
- Les régies régionales assurent, dans le respect des orientations ministérielles, la coordination entre les différents dispensateurs de services et mettent en place des mécanismes en vue de permettre la continuité et la complémentarité des services de santé mentale.
- Les établissements tiennent compte des orientations, des objectifs et des recommandations du ministère et de leur régie régionale au regard, notamment, de l'accessibilité et de la continuité des services ainsi que de l'adéquation entre les services offerts et les besoins recensés.
- Le ministère et les régies régionales allouent les ressources en fonction des besoins de la population.
- Les régies régionales et les établissements s'assurent que les services offerts respectent les orientations et les objectifs établis.

Objectif

Déterminer si l'information de gestion et la reddition de comptes émanant des différents paliers du réseau permettent de faciliter la prise de décision et d'évaluer la performance au regard des services de santé mentale.

Critères

- L'information de gestion détenue par les divers paliers du réseau appuie la prise de décision et permet le suivi périodique des indicateurs retenus.
- La reddition de comptes des différents acteurs du réseau informe sur l'atteinte des objectifs et la performance des différents intervenants.