

# Franchir les étapes

---

**Plan**

**de mise en oeuvre**

**continue**

**de la réforme**

**du système**

**de santé mentale**

**CHAPITRE 1 : INTRODUCTION**

1.1 Contexte	2
1.2 Le but du plan de mise en oeuvre	3

**CHAPITRE 2 : LES MOTEURS DU CHANGEMENT**

2.1 Les meilleures pratiques de la prestation des services de santé mentale	6
2.2 Les initiatives de restructuration des services de santé	8
2.2.1 Le réaménagement du système	8
2.2.2 La Commission de restructuration des services de santé	9
2.2.3 La gestion de la mise en œuvre par le ministère	11
2.2.4 Les projets d'évaluation globale	11
2.3 La population cible de la réforme	12

**CHAPITRE 3 : LES CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME RÉFORMÉ**

3.1 Le continuum complet de services et les niveaux de besoins	16
3.2 La simplification de l'accès aux services	21
3.3 La prestation de services concertés	23
3.4 Les réinvestissements stratégiques	28
3.5 La responsabilisation concernant le système et les services	29
3.6 La création d'un système régional décentralisé adapté aux besoins	30

**CHAPITRE 4 : LES PROCHAINES ÉTAPES**

4.1 L'initiative de politique relative au logement	34
4.2 L'initiative de politique relative à la prestation de services concertés	38
4.3 L'initiative de politique relative aux troubles jumelés (maladie mentale et abus d'intoxicants)	39
4.4 L'initiative de politique relative au réexamen des lois	41

Conclusion	42
Bibliographie	43
Glossaire	44

# Introduction

## 1.1 Contexte

Le système de santé mentale de l'Ontario a fait l'objet de plusieurs rapports au fil des années. Les uns après les autres, ces rapports ont tenté d'établir un plan de réforme détaillé à long terme assez souple pour répondre aux besoins les plus divers et assez structuré pour garantir des services de la plus haute qualité. Ces rapports, qui ont contribué à forger la politique gouvernementale en matière de services de santé mentale, ont servi de base au présent document. Voici un rappel de ceux qui ont fait date:

- 1983 - *Towards a Blueprint for Change: A Mental Health Policy and Program Perspective*. Appelé aussi rapport Heseltine, ce document recommandait de créer un réseau de services de traitement et de logement.
- 1988 - *Renforcer le soutien communautaire à la population*. Appelé aussi rapport Graham, ce rapport recommandait la mise en place d'un système de santé mentale structuré, axé sur la communauté, offrant une gamme complète de services. Il

définissait la population cible des services de santé mentale: les personnes ayant une invalidité ou une maladie mentale grave. Enfin, il énonçait des buts et des principes directeurs clairs pour la province, afin d'orienter la planification des services et d'encourager les clientes et clients et leur famille à y participer.

- 1993 - *Mettre la personne au premier plan: La réforme des services de santé mentale en Ontario*. Ce document, qui reprenait la même définition de la population cible que le précédent, présentait une stratégie de réforme sur dix ans, basée sur une vision et des valeurs unificatrices. Cette stratégie établissait des objectifs mesurables, assortis de délais précis, tels que la réorientation des ressources des services en établissement vers les services communautaires, la baisse des hospitalisations et l'atteinte de ratios satisfaisants tant en nombre de lits qu'en quantité de services essentiels.

**Établir  
un plan de réforme  
assez souple pour  
répondre aux besoins,  
assez structuré  
pour garantir  
des services de qualité.**

Début 1998, l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé, a jugé l'heure venue de faire un bilan de la situation. Elle a donc demandé à son adjoint parlementaire, Dan Newman, de mener des consultations sur une période de cinq semaines,

afin de passer en revue la réforme de la santé mentale en Ontario. Le consensus issu des consultations est clair: les principes et l'orientation de la réforme sont tout à fait valables, mais il est temps que le gouvernement franchisse les prochaines étapes et tout d'abord, qu'il adopte un plan de mise en œuvre précis.

Chose dite, chose faite. *Franchir les étapes* constitue le plan de mise en œuvre attendu. Le présent rapport explique comment le système de santé mentale pourra à l'avenir répondre aux besoins de sa clientèle avec des services intégrés et coordonnés, basés sur les meilleures pratiques connues.

En Ontario, les services de santé mentale forment un continuum allant des soins médicaux et autres très spécialisés en établissement jusqu'aux services de soutien communautaire informels, en passant par les soins à domicile. Comme on peut l'imaginer, la réforme d'un système aussi complexe soulève des difficultés. En effet:

- les personnes ayant une maladie mentale grave et donc des besoins multiples doivent en général faire appel à plusieurs fournisseurs pour obtenir le traitement, les services et le soutien qu'il leur faut;
- leurs besoins en matière de traitement et de soutien ne sont pas faciles à prévoir et les services susceptibles d'y répondre d'autant plus difficiles à planifier;
- les usagers des services alternent parfois entre les soins en établissement et les soins communautaires en fonction de leurs périodes de crise ou de rémission.

## 1.2 *Le but du plan de mise en œuvre*

Le présent plan de mise en œuvre esquisse la stratégie retenue par le ministère pour augmenter la capacité du système à offrir un éventail complet et intégré de services de traitement, de réadaptation et de soutien mettant l'accent sur les services communautaires. Ce plan servira de base aux réinvestissements stratégiques qui appuieront ces trois prochaines années la restructuration tant attendue du système de santé mentale et donc la réforme des services qui en relèvent.

## PRINCIPES

***Le ministère se range à la vision et aux principes énoncés dans les documents antérieurs publiés concernant la réforme des services de santé mentale. Le présent plan de mise en œuvre s'appuie donc sur les principes suivants:***

- ***le système de santé mentale est axé sur ses clientes et clients;***
- ***les services de santé mentale visent à améliorer la qualité de vie de leur clientèle, d'où la nécessité de les adapter aux besoins de celle-ci;***
- ***l'objectif de la réforme des services de santé mentale est de multiplier les choix proposés à la clientèle et de faciliter son accès aux services disponibles;***
- ***l'intégration et la coordination des services sont indispensables pour permettre à la clientèle de passer facilement d'un fournisseur de services à un autre;***
- ***la prestation des services doit refléter les meilleures pratiques dans le domaine;***
- ***le financement du système de santé mentale sera protégé;***
- ***le gouvernement poursuivra ses investissements et ses réaffectations dans les services de santé mentale afin d'en appuyer la réforme et de renforcer le système.***

Le plan de mise en œuvre décrit ci-après orientera la planification et la prestation des services de santé mentale aux niveaux local, régional et provincial. Le ministère s'apprête à mettre en place des mécanismes de responsabilisation, y compris des indicateurs de rendement, qui s'appliqueront aux divers fournisseurs du système. La transformation du système se poursuivra petit à petit, à mesure que des orientations plus précises verront le jour concernant le logement, la prestation de services concertés et d'autres éléments indispensables. Le ministère prévoit réexaminer ce plan de mise en œuvre en 2002 afin de voir s'il y a lieu de modifier ses stratégies et son financement.

## BUT

*Le présent plan de mise en œuvre a pour but d'établir des services de santé mentale essentiels, y compris leurs services de soutien connexes:*

- *formant un continuum de services basés sur les meilleures pratiques dans leurs secteurs respectifs et adaptés aux besoins de leur clientèle;*
- *bien intégrés au continuum plus vaste des services de santé et des services sociaux;*
- *structurés en fonction de plusieurs «niveaux de besoins» et coordonnés de façon à garantir aux clientes et clients l'accès aux services qui répondent le mieux à leurs besoins;*
- *comportant des liens adéquats avec les services offerts dans d'autres secteurs et à d'autres endroits;*
- *facilitant l'action concertée des fournisseurs de services pour répondre aux besoins des personnes ayant une maladie mentale grave et des besoins multiples;*
- *établissant un partage bien clair des responsabilités en matière de gestion du système et de prestation des services par la définition d'objectifs opérationnels et de mesures du rendement explicites;*
- *simplifiés et facilement accessibles pour l'ensemble de la population.*

# Les moteurs du changement

Plusieurs initiatives récentes, modèles de prestation et processus existants joueront sur la transformation du système de santé mentale aux niveaux provincial, régional et local d'ici quelques années. Ce sont là autant de moteurs du changement au sein du système dont l'influence oriente la réforme des services.

## 2.1 *Les meilleures pratiques de la prestation des services de santé mentale*

L'un des principaux moteurs du changement est l'importance croissante accordée aux meilleures pratiques. Selon le rapport *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale - Examen de la documentation*, on entend par meilleures pratiques «tout programme ou activité conforme aux meilleures connaissances actuelles sur les démarches efficaces».

Les descriptions des meilleures pratiques retenues aux fins du présent plan de mise en œuvre sont basées sur le document précité et sur un second dont il fait

la synthèse, *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : examen de la documentation*, tous deux préparés par l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke en 1997.



**Les modèles des meilleures pratiques jouent sur les politiques et l'orientation du système tout entier.**

Ces deux documents partent du principe que «les meilleures pratiques [...] définissent les types et l'infrastructure des services de soins et de soutien auxquels on pourrait s'attendre dans un système de soins de la santé mentale réformé» tout entier, depuis la prestation des services au niveau local jusqu'à la gestion du système au niveau provincial. Les modèles des meilleures pratiques jouent sur les politiques et l'orientation du système tout entier, depuis la prestation des services au niveau local jusqu'à la gestion du système au niveau provincial.

Les meilleures pratiques actuelles mettent en évidence le genre de services, y compris les services de soutien, que l'on devrait pouvoir trouver dans un système de santé mentale réformé. Il ne faut pas oublier que ces pratiques évoluent: la recherche ne cesse de les améliorer et de les compléter. Le ministère de la Santé continuera d'étudier d'autres possibilités de prestation de services chaque fois que la recherche produira de nou-

velles connaissances sur les démarches efficaces. L'examen des meilleures pratiques nouvelles et existantes se poursuivra aussi aux niveaux régional et local.

Le présent plan de mise en œuvre vise à franchir les étapes vers un système de services de santé mentale et de services de soutien connexes complet, équilibré et efficace. D'après l'examen de la documentation sur les meilleures pratiques, le système de santé mentale réformé devrait inclure les services suivants:

- la gestion de cas,
- des équipes communautaires de traitement actif,
- des services d'intervention en cas de crise et des services d'urgence psychiatrique,
- des services d'évaluation,
- des services de soutien au logement et de soutien communautaire,
- des soins en clinique interne ou externe,
- des services de traitement,
- des services d'éducation et d'emploi,
- des initiatives des clients portant, entre autres, sur l'effort autonome,
- et enfin, les initiatives familiales d'entraide.

Les services disponibles varieront d'une région à l'autre en nature et en proportion relative. Leur coordination fluide est indispensable à la création d'un véritable continuum de services au sein du système de santé mentale.

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des divers services dépend de l'application de normes et de principes uniformes et d'une souplesse inhérente qui facilite une prestation personnalisée. Les valeurs repères provinciales établies en 1995 concernant la gestion de cas et le soutien au logement sont encore appliquées un peu partout. Les bureaux régionaux du ministère de la Santé surveilleront les progrès accomplis dans leurs régions respectives pour égaler ces valeurs repères.

Les meilleures pratiques actuelles confirment qu'il faut disposer d'un éventail de services pour pouvoir offrir des soins complets et équilibrés aux personnes ayant une maladie mentale grave. Il faut aussi créer des liens entre ces services pour en permettre l'accès immédiat. La tendance est par ailleurs à rapprocher les services de la clientèle et non à les concentrer dans quelques établissements ou bureaux.

Un autre facteur important est d'arriver à un juste équilibre entre les services de santé mentale aux personnes hospitalisées et les services communautaires. Le ministère de la Santé estime que ce sera chose faite lorsque 60 pour 100 de son budget pour la santé mentale ira aux services communautaires et 40 pour 100 aux soins en établissement. Il s'était fixé pour objectif en 1993 de ramener le nombre de lits d'hôpital à 30 par 100 000 personnes d'ici 2003. Il a toutefois révisé



cet objectif selon une recommandation de la Commission de restructuration des services de santé, soit 35 lits par 100 000 personnes. Il convient de voir les valeurs repères comme des mécanismes qui favorisent le changement et non comme des fins en elles-mêmes.

D'après la documentation sur les meilleures pratiques, l'idéal pour arriver à un système complet et coordonné est de réduire le nombre de programmes et de services autonomes et indépendants et de concentrer le financement, la gestion et la prestation des services sur quelques points d'accès efficaces. Certaines initiatives parmi les mieux documentées ont confié la coordination des services de santé mentale aux gestionnaires de cas. La documentation évoque aussi comme moyen de faciliter l'intégration des services la création de réseaux ou d'alliances stratégiques entre les fournisseurs des services de santé mentale essentiels. L'application de protocoles et de procédures cliniques uniformes ou la conclusion d'ententes de partenariat officielles sont deux exemples de mécanismes susceptibles de consolider ces réseaux ou alliances. Les meilleures connaissances actuelles sur les démarches efficaces soulignent aussi l'importance de créer deux mécanismes axés sur la clientèle (des indicateurs de rendement et un système d'information) pour faciliter la planification, le financement et l'évaluation de la prestation des services.

## 2.2 *Les initiatives de restructuration des services de santé*

### 2.2.1 *Le réaménagement du système*

Dès 1993, le rapport *Mettre la personne au premier plan* évoquait la nécessité d'élaborer des plans de mise en œuvre locale et régionale de la réforme des services de santé mentale. En 1994, le ministère publiait ses *Directives concernant la planification de la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale*, dans lesquelles il expliquait les résultats qu'il attendait du processus de planification et le rôle que devaient y jouer les conseils régionaux de santé (CRS). Les CRS ont présenté leurs nouvelles conceptions du système à l'automne 1996. Ils y avaient inclus des recommandations portant sur des modifications structurelles de la prestation et de l'évaluation des services communautaires de santé mentale, et notamment:

- la mise en place d'un fournisseur unique, la fusion d'organismes, la création d'organismes chefs, de réseaux et de partenariats, la conclusion d'ententes sur les services ainsi que l'adoption de protocoles de prestation, de mécanismes d'évaluation et de systèmes de suivi uniformes;
- des normes et des mesures des résultats homogènes,
- des mécanismes d'accès et d'accueil centralisés.

Les plans de mise en œuvre locale et régionale reflètent l'état de préparation au changement de la communauté à laquelle ils se rapportent, de même que les particularités de ses services de santé mentale. Les plans les plus complets partagent trois caractéristiques importantes:

- ils s'inspirent de modèles de prestation de services basés sur les meilleures pratiques, c.-à-d. qui assurent un continuum de services de santé mentale et de services de soutien connexes, y compris les équipes communautaires de traitement actif et la gestion de cas intensive;
- ils prévoient des points d'accès évidents au système;
- ils définissent très clairement les rôles et les responsabilités des fournisseurs du système.

Ces caractéristiques forment les jalons essentiels pour créer un véritable réseau de services de santé mentale aux niveaux local et régional. Les communautés les incorporeront à leurs services de santé mentale à mesure qu'elles poursuivront leurs efforts de réforme dans ce domaine.

### 2.2.2 La Commission de restructuration des services de santé

La restructuration des services de santé touche aussi les hôpitaux psychiatriques. La Commission de restructuration des services de santé (CRSS) est un organisme indépendant dont les travaux s'appuient sur trois principes: le maintien, voire l'amélioration de la qualité des services de santé, la facilité d'accès à ces services et leur prestation à un prix abordable. La CRSS a fait des recommandations à la ministre de la Santé concernant l'avenir des hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP) de Thunder Bay, Toronto, London, Ottawa, Brockville, Hamilton, Kingston, North Bay et de la Région du grand Toronto.

Partout jusqu'à ce jour, la CRSS a recommandé soit de dessaisir les hôpitaux psychiatriques provinciaux de leur actif, soit de les fermer et de transférer leurs programmes aux hôpitaux publics.

- Le ministère est favorable aux recommandations de fermer les hôpitaux psychiatriques de Thunder Bay, London et St. Thomas et de transférer leurs programmes aux hôpitaux publics existants.
- La CRSS a également recommandé la fermeture des hôpitaux psychiatriques de Brockville et de Hamilton et le transfert de leurs programmes aux hôpitaux publics existants.

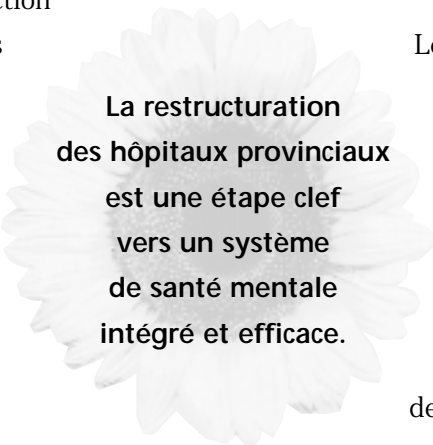
- À Toronto, la fusion de plusieurs établissements a donné naissance à un nouvel ensemble hospitalier qui comprend les locaux du Centre de santé mentale de la rue Queen.
- Enfin, la CRSS a recommandé que les établissements de Whitby et de Kingston restent ouverts, mais que leur administration soit transférée du ministère à des conseils d'hôpitaux publics.

La restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux est une étape clef vers un système de santé mentale intégré et efficace. Le ministère sait que le préalable absolu à la réduction des lits ou au transfert des programmes des hôpitaux psychiatriques provinciaux est une injection massive de fonds dans les services communautaires de santé mentale. Une autre condition essentielle à ce type de transfert est la mise en place de structures et de mécanismes de responsabilisation.

La réorientation en faveur des services communautaires de santé mentale s'accompagnera aussi de réinvestissements échelonnés suivant la date des fermetures recommandées par la CRSS. Les économies engendrées par les transferts de programmes et de nouveaux engagements du gouvernement se traduiront

par des réinvestissements dans les communautés visées par les réductions de lits avant même que ces réductions n'aient lieu.

Les zones desservies par les hôpitaux psychiatriques de Thunder Bay, London/St. Thomas et Toronto bénéficieront en 1998-1999 des premiers réinvestissements destinés à renforcer les services communautaires. Les retombées des économies liées aux réductions de lits et au transfert des programmes des hôpitaux psychiatriques de Thunder Bay et de London se feront sentir au cours des exercices à venir.



**La restructuration  
des hôpitaux provinciaux  
est une étape clef  
vers un système  
de santé mentale  
intégré et efficace.**

Les réinvestissements dans le secteur communautaire permettront d'élargir les services et le soutien communautaires à l'intention des personnes atteintes de maladie mentale grave et de multiplier les équipes communautaires de traitement actif, les services d'intervention en cas de crise et de gestion de cas, et donc les personnes pouvant bénéficier de ces services. Ils pourront parfois entraîner une expansion des programmes de soins en établissement pour les enfants et les adolescents et pour la clientèle des services de psychiatrie légale. Ces réinvestissements pourront aussi s'accompagner d'une hausse des lits pour soins actifs dans les hôpitaux généraux.

### 2.2.3 La gestion de la mise en œuvre par le ministère

La Commission de restructuration des services de santé fait des recommandations à la ministre de la Santé concernant la fermeture des hôpitaux psychiatriques provinciaux ou le transfert de leurs programmes, voire les deux.

Lorsqu'il décide de suivre ces recommandations, le ministère entame leur processus de mise en œuvre en créant deux équipes dont il assure la direction, à savoir:

- **L'équipe de mise en œuvre ministérielle - Administration**

Cette équipe est formée du directeur régional ou de la directrice régionale des services de santé mentale du ministère, de l'administratrice ou de l'administrateur de l'hôpital psychiatrique provincial, d'autres membres du personnel du ministère et de représentantes et représentants de l'hôpital public qui doit reprendre les programmes de l'hôpital psychiatrique. Elle est chargée de faciliter l'élaboration de la convention de cession sur laquelle sera basé le transfert de programmes de l'hôpital psychiatrique à l'hôpital public. Elle doit également veiller à la conclusion d'un accord sur les ressources humaines entre le gouvernement et l'hôpital public.

- **L'équipe de mise en œuvre ministérielle - Prestation**

Cette équipe est de composition plus vaste, car elle s'occupe de la conception des programmes et de leurs liens avec d'autres parties du système de santé. Elle est formée de représentantes et de représentants des hôpitaux, des conseils régionaux de santé, des fournisseurs de services communautaires et des membres du public touchés par le transfert des programmes des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Son rôle est d'établir, suite à ce transfert, la marche à suivre idéale pour restructurer les services des hôpitaux psychiatriques de la province et procéder à la fermeture de ces établissements, s'il y a lieu.

### 2.2.4 Les projets d'évaluation globale

Avant tout transfert des programmes des hôpitaux psychiatriques provinciaux, il faudra procéder à une évaluation globale de la situation des personnes ayant une maladie mentale grave qu'ils servent en établissement et en consultations externes.

Cette évaluation portera sur le degré d'autonomie fonctionnelle de ces personnes et sur les services de santé mentale et les services de soutien connexes dont elles ont besoin. Elle mettra en lumière les aspects des services communautaires qui nécessiteront un renfort de moyens matériels et financiers pour satisfaire aux priorités de la réforme des services de santé mentale.

### 2.3 La population cible de la réforme


Les services de santé mentale s'adressent en priorité aux personnes ayant une maladie mentale grave (telle que définie par le ministère dans un document intitulé *Definition of the Priority Population for Mental Health Reform*). Pour bien comprendre les besoins de cette population, il ne faut jamais perdre de vue les nombreux facteurs sociaux, psychologiques, raciaux, culturels, politiques, spirituels et biologiques qui jouent sur la santé mentale de tout un chacun.

Les trois critères qui servent à déterminer quelles sont les personnes ayant une maladie mentale grave sont le diagnostic, le degré d'invalidité et la durée de la maladie, y compris sa durée prévisible. Le facteur essentiel pris en considération est le degré d'invalidité d'une personne

et le danger qu'elle présente pour elle-même et pour autrui à cause d'un trouble diagnostiqué.

- **Invalidité:** S'entend de l'incapacité partielle ou totale d'effectuer les activités quotidiennes telles que s'alimenter, se laver et s'habiller, s'occuper d'un ménage, gérer son argent, circuler dans la communauté ou prendre des médicaments correctement, voire de fonctionner normalement au sein de sa famille, en société, dans le contexte des études ou d'une formation quelconque ou au travail. L'invalidité s'est imposée au fil du temps comme le principal facteur servant à déterminer si quelqu'un a une maladie mentale grave, d'où la mise au point d'instruments permettant de mesurer le degré d'invalidité d'une personne et son évolution.

- **Durée/durée prévisible:** S'applique à la nature aiguë et persistante des problèmes d'une personne telle qu'établie à partir d'observations et d'évaluations objectives ou du témoignage subjectif de la personne elle-même. Le fait qu'il y ait lieu de croire que les problèmes d'une personne sont constants ne signifie pas pour autant qu'ils soient continus: il ne faut jamais exclure la possibilité



Les services de santé mentale s'adressent en priorité aux personnes ayant une maladie mentale grave.

de périodes de rémission complète. Depuis quelque temps, cette durée est plutôt établie et mesurée par rapport à la quantité de services qu'une personne utilise, ce qui facilite aussi l'évaluation de la gravité et de la chronicité de ses problèmes.

- **Diagnostic:** Les diagnostics les plus préoccupants sont par exemple la schizophrénie, les troubles de l'humeur, le syndrome cérébral organique, la paranoïa et autres psychoses, les troubles de personnalité graves, les troubles jumelés et les diagnostics mixtes.

# Les caractéristiques du système réformé

Le ministère, qui continue de diriger la réforme du système de santé mentale, a l'intention de consolider le système existant et d'y incorporer les meilleurs pratiques actuelles. D'ici quelques années, à mesure que les stratégies de réforme prendront corps, le système sera plus accessible et comportera des mécanismes de responsabilisation plus nombreux et plus efficaces que jamais.

Le tableau 1 montre quelles seront les caractéristiques du système après la mise en œuvre des changements décrits dans le présent document. Cette transformation exigera la collaboration de quantité de personnes et d'organismes aux niveaux local, régional et provincial.

Les sections qui suivent donnent un complément d'information sur chacune des six caractéristiques esquissées au tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques du système de santé mentale actuel et réformé

Système actuel	Système réformé	Comment s'opérera la transformation*	Processus et outils
1. Le système actuel n'est pas assez complet ni étendu, ce qui signifie que certaines personnes ne peuvent pas obtenir les services dont elles ont besoin, où et quand elles en ont besoin.	Le système réformé donnera, partout et en tout temps, accès à un continuum complet de services.	La création d'un continuum de services se fera grâce à : <ul style="list-style-type: none"> <li>l'application des meilleures pratiques adaptées aux trois niveaux de besoins;</li> <li>des réinvestissements stratégiques;</li> <li>la conclusion d'ententes sur la prestation des services entre organismes fournisseurs.</li> </ul> Les services (services de soutien comptés) répondront aux besoins particuliers grâce à : <ul style="list-style-type: none"> <li>la personnalisation des programmes de traitement et autres services;</li> <li>l'adoption d'outils ou de protocoles d'accueil, d'évaluation et de mise en œuvre uniformes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies ministérielles de mise en œuvre, assorties d'exécutions.</li> <li>Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes.</li> <li>Équipes ministérielles de mise en œuvre/restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux.</li> <li>Projets d'évaluation globale de la clientèle des hôpitaux psychiatriques provinciaux.</li> <li>Cadre d'action pour les hôpitaux généraux de l'ensemble et les services des médecins (à déterminer).</li> </ul>
2. Le système actuel, avec ses nombreux organismes et points d'accès, est trop fragmenté.	Le système réformé aura moins de points d'accès, mais plutôt des mécanismes d'information et d'aiguillage centralisés.	La simplification de l'accès aux services se fera grâce à : <ul style="list-style-type: none"> <li>des mécanismes d'information et d'aiguillage centralisés;</li> <li>la mise en place d'organismes ou hôpitaux chefs, des fuseaux et la création de réseaux;</li> <li>la conclusion d'ententes sur la prestation des services;</li> <li>l'adoption d'outils ou de protocoles d'évaluation uniformes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies ministérielles de mise en œuvre, assorties d'exécutions.</li> <li>Politique sur le logement et l'accès au logement.</li> <li>Lignes directrices relatives à l'adoption d'outils d'évaluation uniformes.</li> <li>Modèle d'entente sur la prestation des services.</li> </ul>
3. Le système actuel présente des lacunes pour les personnes ayant des besoins multiples qui doivent de ce fait se tourner vers plusieurs systèmes de services (p. ex., les personnes ayant une maladie mentale qui sont aussi âgées, insouffrantes ou incarcérées ou faisant l'objet de diagnostics mixtes).	Le système réformé répondra mieux aux besoins multiples grâce à la prestation de services concertés.	L'action concertée en matière de prestation des services suppose : <ul style="list-style-type: none"> <li>une planification touchant tous les secteurs du système de santé mentale;</li> <li>la conclusion d'ententes entre les secteurs portant sur la prestation de services;</li> <li>l'application continue des lignes directrices existantes (en matière de diagnostics mixtes, de soins de longue durée, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exécutions établies par les divers ministères à propos de l'action concertée en matière de prestation des services.</li> </ul>
4. À l'heure actuelle, les décisions de réinvestir dans les services sont prises programme par programme.	Les décisions de réinvestir dans le système et d'en renforcer les capacités pratiques et axées sur les besoins du système.	Les décisions de réinvestir seront basées sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>les meilleures pratiques;</li> <li>la conception du système et la planification locale ou régionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale.</li> </ul>
5. La responsabilisation est limitée tant en ce qui concerne la gestion du système que la prestation des services et sans rapport avec les besoins des clientes et clients.	Le système réformé comportera des mécanismes de responsabilisation clairs et mets axés sur les besoins des clientes et clients.	Les éléments garantis de la responsabilisation en ce qui concerne la gestion du système et la prestation des services seront entre autres : <ul style="list-style-type: none"> <li>un ensemble de données minimum;</li> <li>un ensemble d'instruments de réadaptation psychosociale;</li> <li>des orientations sur la prestation des services;</li> <li>des plans de fonctionnement;</li> <li>les normes relatives aux équipes communautaires de traitement actif;</li> <li>le suivi et l'évaluation des réinvestissements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre de responsabilisation (à déterminer).</li> <li>Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes.</li> </ul>
6. La structure centralisée ou ministérielle n'est pas adaptée aux besoins locaux et régionaux.	La mise en place de structures régionales décentralisées permettra mieux répondre aux besoins locaux et régionaux.	La mise en place de structures régionales décentralisées se fera grâce à : <ul style="list-style-type: none"> <li>la mise en œuvre de FutureShape;</li> <li>la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale au sein de chaque structure décentralisée.</li> </ul>	

\* suppose la mise à jour des plans de mise en œuvre locaux et régionaux



### 3.1 *Le continuum complet de services et les niveaux de besoins*

La documentation faisant état des meilleures pratiques laisse entrevoir la nature des services, y compris les services de soutien, auxquels le système de santé mentale réformé donnera accès, leurs modes de prestation, ainsi que l'infrastructure s'y rapportant (*Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : examen de la documentation*, Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, 1997). En Ontario, la réforme des services de santé mentale et la restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux entraîneront de profonds changements au niveau des rôles, des responsabilités et des relations à l'intérieur du système de santé mentale. Ces changements s'imposent pour que les personnes ayant une maladie mentale grave puissent accéder aux services les mieux adaptés à leurs besoins. La définition claire et nette des rôles et responsabilités pour chaque type de service, autrement dit savoir quelle clientèle il vise, les liens qu'il faut créer avec d'autres services et les mécanismes de coordination qu'il faut prévoir, contribuera à la bonne marche du système et orientera les réinvestissements stratégiques dans les secteurs prioritaires. Elle permettra aussi et surtout d'assurer la disponibilité des services de santé mentale et des services de soutien

connexes les mieux adaptés aux besoins des personnes ayant une maladie mentale grave.

La mise en place d'un continuum complet de services susceptibles de satisfaire tous les besoins d'une personne sa vie durant est de la plus haute importance. Quantité de services de santé mentale et de services de soutien connexes se retrouvent à tous les niveaux et sont en quelque sorte le nerf central du continuum.

Le continuum est formé des éléments suivants:

- des services de soutien au logement,
- des initiatives d'entraide et autres soutiens similaires,
- des mesures de soutien du revenu et des sources de revenu,
- des programmes de formation et d'emploi,
- des entreprises gérées par des clientes et clients,
- les services de soutien des familles,
- et enfin des programmes de récréation ou de loisirs.

#### **LES NIVEAUX DE BESOINS**

La réforme des services de santé mentale part du principe que les besoins de sa population cible se répartissent en trois niveaux (Goering, P. et al 1998). Retenu par souci de simplicité, le mot «niveau» n'implique pas que les éventails

de services disponibles sont statiques ou linéaires. À chaque niveau de besoins correspond une gamme souple ou variable de services dont la prestation nécessite plus ou moins de temps et de compétences ou d'autres ressources spéciales. Quel que soit le niveau de besoins, les services disponibles sont aussi nombreux que divers et incluent par exemple des services d'intervention en cas de crise, des services de soutien, des services d'intervention clinique et des services d'intervention dans le milieu. Les niveaux de besoins peuvent aider à choisir l'éventail d'options proposé aux clientes et clients, dont la composition doit se faire de façon réfléchie par rapport à la situation de chaque personne. Les services respecteront le plus possible les désirs des personnes auxquelles ils s'adressent, dont ils prendront en considération les besoins fonctionnels et les caractéristiques cliniques. La clientèle recevra en général des services correspondant tous ou presque tous à un seul niveau de besoins, mais rien n'exclut la prestation à une même personne de services correspondant à différents niveaux.

L'expression «niveau de besoins» reflète la diversité des besoins des clientes et clients, qui détermine la nature des services qui leur sont offerts. Les appella-

tions retenues pour les trois niveaux, «services de première ligne», «services intensifs» et «services spécialisés» diffèrent de celles utilisées dans les documents antérieurs (soins primaires, soins secondaires et soins tertiaires) et soulignent que la prestation des services de santé mentale, jusqu'ici perçue comme étant trop purement médicale, sera désormais multidisciplinaire et axée sur la clientèle.

Les trois niveaux sont les suivants:

- **Services de première ligne:** S'entend des services de prévention, d'évaluation et de traitement assurés par les fournisseurs de soins et de services de première ligne, y compris des médecins généralistes, des services de santé mentale et des services sociaux, de même que des services de soins d'urgence et de soins primaires des hôpitaux.

Voici quelques exemples de services de première ligne:

- information et aiguillage,
- service téléphonique d'urgence,
- équipe mobile d'intervention d'urgence,
- services d'urgence des hôpitaux de l'annexe I,
- lits tampon,
- médecins de soins primaires,
- services de consultation de santé mentale



- centres d'accès aux soins communautaires,
- organismes de services de santé.

Les services de première ligne seront pour la plupart des personnes ayant une maladie mentale le premier point de contact avec le système de santé mentale. Les personnes pour lesquelles est posé un diagnostic de maladie mentale grave ou persistante seront en général aiguillées vers les services intensifs ou les services spécialisés. Les services de première ligne seront toutefois souvent suffisants pour les personnes dont la maladie diagnostiquée est moins grave ou de plus courte durée.

- **Services intensifs:** S'entend des services d'évaluation, de traitement et de soutien offerts dans la communauté ou les hôpitaux aux personnes ayant une maladie mentale grave.

Voici quelques exemples de services intensifs:

- gestion de cas intensive/soutien au logement,
- apprentissage des habiletés de la vie quotidienne et réadaptation psychosociale,
- services de prise de médicaments,
- services psychiatriques aux patients hospitalisés dans un établissement au terme de l'annexe 1 et services aux patients externes (y compris le triage entre l'admission à l'hôpital, l'hôpital de jour, le traitement à domicile et les soins ambulatoires).

Les personnes qui nécessitent des services intensifs sont, parmi les personnes ayant une maladie mentale grave conformément aux critères établis, celles qui ont besoin de services de santé mentale et de services de soutien connexes de façon continue et à long terme, mais pas toujours d'un contact quotidien avec les fournisseurs de ces services. Les services intensifs s'adressent aux personnes ayant l'une des maladies mentales graves et complexes les plus répandues (y compris les troubles jumelés et les troubles liés à une dépendance quelconque, les troubles alimentaires, un premier accès de schizophrénie ou des troubles de la personnalité). La prestation des services de traitement, de réadaptation et de soutien peut se faire par l'intermédiaire de plusieurs programmes distincts, à condition qu'elle soit coordonnée et qu'il existe des liens entre les programmes en question. L'intégration des services sera facilitée par une gestion de cas intensive.

- **Services spécialisés:** S'entend des services de santé mentale hautement spécialisés offerts dans la communauté ou les hôpitaux aux personnes ayant une maladie mentale grave qui présentent des troubles complexes, rares et instables. Les soins de longue durée ne sont pas synonymes de services spécialisés. Des services de traitement, de réadaptation et de soutien sont intégrés dans chaque type de programme ou de service et leur prestation est confiée à une équipe multidisciplinaire.

Voici quelques exemples de services spécialisés:

- équipes de traitement communautaire dynamique,
- équipes mobiles d'extension des services spécialisés,
- centres de soins en résidence,
- services spécialisés aux malades externes et aux malades hospitalisés,
- services de psychiatrie légale régionaux.

Les personnes qui ont besoin de services spécialisés forment une minorité parmi celles qui ont une maladie mentale grave, en ce sens qu'elles nécessitent un contact quotidien avec les fournisseurs de services et cela de façon continue.

Leurs troubles sont en général

tels que ni les services communautaires ordinaires, ni une hospitalisation de courte durée, ne suffisent à les traiter. Il peut s'agir par exemple des personnes suivantes:

- les personnes âgées atteintes de démence, d'une psychose et d'un problème de santé physique,
- les personnes ayant un handicap de développement et des troubles psychiatriques, souvent associés à un comportement agressif,
- les personnes atteintes de schizophrénie qui sont en permanence psychotiques, agressives ou suicidaires,

- la clientèle à risque élevé des services de psychiatrie légale qui fait partie de l'un des sous-groupes ci-dessus ou qui a des besoins complexes et simultanés liés à son agressivité, son statut légal ou la conduite de son traitement clinique, y compris la gestion des risques qu'elle présente pour elle-même et pour autrui.

L'appartenance à l'un de ces sous-groupes n'implique toutefois pas toujours un besoin de services spécialisés.

L'application uniforme de ces niveaux de besoins facilitera la restructuration des services de santé mentale, dont la prestation répondra aux besoins des

clients en préservant le plus possible

leur autonomie. La publica-

tion complémentaire du

présent document, intitulée *Cadre de presta-*

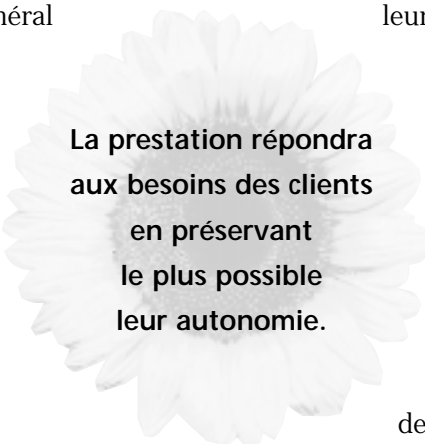
*tion des services de santé mentale et des services de soutien*

*connexes*, fournit plus

de détails sur les services

de base qui correspondent à

chacun de ces niveaux de besoins.



**La prestation répondra  
aux besoins des clients  
en préservant  
le plus possible  
leur autonomie.**

## **LA PERSONNE AU COEUR DU SYSTÈME**

Toute personne ayant une maladie mentale doit pouvoir bénéficier, facilement et sans interruption, non seulement des services offerts à un, mais à plusieurs niveaux de besoins. Les responsables de

tous les programmes formant le continuum de services seront tenus de collaborer pour satisfaire les besoins des clientes et des clients. La liaison entre les services se fera notamment au moyen de la conclusion d'ententes sur leur prestation. Des mécanismes de mesure et d'évaluation des résultats permettront de déterminer l'efficacité de chaque programme, tant en ce qui concerne sa valeur intrinsèque que de son intégration avec d'autres programmes.

Les personnes ayant une maladie mentale sont loin de former une population homogène et les besoins de chacune d'elles varient avec le temps, d'où l'importance de personnaliser les services qui leur sont offerts. Un programme de traitements ou de soins coordonnés, établi après une évaluation globale des besoins d'une personne, est le préalable indispensable à la prestation de services de traitement, de réadaptation et de soutien souples et personnalisés. Un vaste nombre de fournisseurs, dont les spécialistes de l'hôpital général, les médecins et les professionnels des services de santé mentale communautaire, planifieront ensemble l'exécution de ce programme. La réforme vise l'adoption de protocoles d'accueil, d'évaluation, d'aiguillage, de traitement et de mise en congé uniformes à travers tout le système. À l'avenir, la prestation des services sera véritablement axée sur la clientèle.

Lorsqu'il y aura lieu, le programme personnalisé tiendra compte des connaissances et du savoir-faire des professionnels de la santé mentale et des médecins familiers avec les besoins de la personne pour laquelle il a été conçu. Ainsi, les traitements et les soins fournis à une personne seront aussi complets et efficaces que possible en fonction de son niveau de besoins.

### **Mesures prioritaires**

Au cours des trois prochaines années, le ministère:

- veillera à ce que tous les fournisseurs concluent des ententes sur la prestation des services et qu'ils établissent des liens entre leurs programmes respectifs, correspondant au même niveau de besoins ou à des niveaux différents, afin de faciliter l'accès au meilleur continuum de services possible;
- créera des mécanismes de coordination qui permettront à une cliente ou un client de passer d'un service à un autre, qu'ils correspondent au même niveau de besoins ou non. Ces mécanismes pourront prendre les formes suivantes:
  - ♦ un protocole d'évaluation uniforme,
  - ♦ un protocole de triage conforme aux ententes sur la prestation de services et aux conventions d'aiguillage entre les fournisseurs,

- ♦ le suivi des programmes et un compte rendu régulier de leur rendement permettant d'évaluer l'efficacité des services de santé mentale existants par niveau de besoins et tous niveaux confondus.

### 3.2 La simplification de l'accès aux services

#### **Orientation de la réforme**

Les points d'accès au système de santé mentale sont la clef d'un accès rapide aux services qui répondront le mieux aux besoins des clientes et clients et des membres de leur famille ou de leur entourage immédiat. L'accès aux services de santé mentale est parfois lent ou difficile. Il existe aujourd'hui en Ontario neuf hôpitaux psychiatriques provinciaux, cinq hôpitaux privés spécialisés en psychiatrie et environ 60 services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux. À cela s'ajoutent quelque 350 programmes communautaires qui offrent une vaste gamme de services de santé mentale et de services de soutien connexes, y compris les services d'équipes communautaires de traitement actif; la gestion de cas; l'intervention en cas de crise; le soutien (financier) au logement et des logements avec services de soutien, des initiatives de groupe-

ment de clientes et clients ou de familles ou encore la réadaptation professionnelle et sociale. Nombreux sont les organismes qui proposent plusieurs de ces services à leur clientèle. La première prise de contact avec les divers services de santé mentale est toujours la plus délicate et les suivantes ne sont jamais faciles.

Le degré de coordination des services de santé mentale varie d'un endroit à l'autre. La coordination et la liaison des services sont parfois déjà adéquates. Ceci étant dit, trop souvent plusieurs organismes offrent des services identiques ou presque sans grande coordination. Les clientes ou clients et les membres de leur famille ou de leur entourage immédiat savent rarement quels sont parmi les services disponibles ceux qui correspondent à leurs besoins ni comment y accéder. De ce fait, il leur arrive de chercher à obtenir plusieurs services à la fois (subissant autant d'évaluations d'admissibilité séparées) et de se retrouver sur plusieurs listes d'attente simultanément. Il faut simplifier et accélérer l'accès aux services de santé mentale.

La simplification de l'accès à un véritable continuum de services adaptés aux besoins de la clientèle et la coordination



des services supposent que les hôpitaux et les organismes communautaires informent mieux le public des choix disponibles. L'information est essentielle à la liberté de choix et à la facilité d'accès.

Le type de modèle appliqué pour simplifier l'accès aux services variera suivant la nature des ressources disponibles dans une région donnée. Il sera aussi fonction du milieu (rural ou urbain, p.ex.).

Le ministère s'attendra à ce que les membres de chaque réseau local de services de santé mentale contribuent à la simplification de l'accès à ces services par:

1. La mise en place de mécanismes d'information et d'aiguillage centralisés

Les clientes et clients et les membres de leur famille ou de leur entourage immédiat pourront s'adresser à un seul bureau pour se renseigner sur les services de santé mentale disponibles et la façon d'y accéder. Ce bureau devra leur fournir les renseignements suivants sur les services financés par le ministère: la raison d'être d'un service, la clientèle à laquelle il s'adresse et notamment les critères d'admissibilité utilisés, comme par exemple l'âge, la façon d'accéder au service et à qui s'adresser pour obtenir d'autres renseignements. Il devra aussi être en mesure de les renseigner sur les services de santé et les services sociaux, y compris les services de soutien, disponibles à l'extérieur du système de santé mentale et de les

aiguiller vers ceux-ci, qu'il s'agisse de services provinciaux ou municipaux ou d'autres services financés par le secteur bénévole.

2. La réduction progressive des points d'accès aux services de santé mentale, jusqu'à la création d'un point d'accès unique

À l'intérieur de chaque niveau de besoins, les points d'accès à l'ensemble des services de santé mentale seront réduits à l'aide de mécanismes divers qui varieront selon l'infrastructure communautaire et les ressources locales ou régionales. Ces mécanismes incluront:

- la mise au point d'un processus de collaboration officiel entre les membres d'un groupe ou d'un réseau d'organismes ou d'hôpitaux chargés de coordonner l'accès aux services. Les règles de collaboration seront arrêtées dans des ententes sur la prestation des services dont les organismes ou hôpitaux en question seront signataires;
- la création d'organismes (y compris les hôpitaux) chefs chargés de coordonner l'accès à un type de service particulier, p. ex. la gestion de cas. Les organismes chefs et les autres devront encore une fois conclure des ententes sur la prestation des services;
- des fusions visant à réduire le nombre d'organismes offrant des services similaires ou complémentaires.

3. La simplification de l'accès aux services de consultation des psychiatres.

4. La réduction du nombre d'évaluations au minimum, afin que les clientes et les clients n'aient pas à répéter plusieurs fois les renseignements nécessaires à la détermination de leur admissibilité à un service. Un programme de traitements ou de soins coordonnés, établi après une évaluation globale des besoins d'une personne, est le préalable indispensable à la prestation de services souples et personnalisés.

Les changements esquissés ci-dessus et les mécanismes par lesquels ils seront menés à bien contribueront à améliorer l'accès aux services de santé mentale et donc à garantir que le public soit rapidement aiguillé vers les services qu'il lui faut.

### **Mesures prioritaires**

Au cours des trois prochaines années, le ministère de la Santé élaborera une série de politiques et de lignes directrices de mise en œuvre prioritaire, portant notamment sur:

- les moyens de faciliter l'accès aux services,
- ♦ l'utilisation d'un instrument d'évaluation uniforme,
- ♦ la création d'un modèle d'entente sur la prestation des services,
- une politique sur le logement et l'accès au logement,

- un cadre de responsabilisation,
- et enfin un cadre d'action pour les hôpitaux généraux de l'annexe I et les services des médecins.

La recherche portant sur la mise au point d'outils d'évaluation uniformes se poursuit. D'ici à ce qu'elle soit achevée, les fournisseurs de services et les communautés qu'ils desservent sont invités à faire leur possible pour uniformiser leurs protocoles et leurs outils d'évaluation, comme certains l'ont d'ailleurs déjà fait, et ce en s'appuyant sur les conclusions des meilleures recherches faites jusqu'à ce jour.

Les équipes de mise en œuvre ministérielles qui ont été ou qui seront créées localement pour s'occuper de la restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux aideront les communautés à concrétiser ces plans de simplification de l'accès aux services.

### **3.3 La prestation de services concertés**

#### **Orientation de la réforme**

Bon nombre de personnes parmi la clientèle des services de santé mentale ont des besoins multiples qui nécessitent l'intervention de fournisseurs de différents secteurs. Il s'agit par exemple des personnes ayant un ou plusieurs des problèmes suivants: abus d'intoxicants, handicap de développement, problèmes



avec la loi, besoin de soins de longue durée ou besoins particuliers liés à leur âge, ce qui peut être le cas des personnes âgées ou des enfants. Il n'existe pour le moment pas de mécanismes fiables qui garantissent non seulement la prestation de services de santé mentale complets et intégrés, mais aussi l'intégration dans le programme de traitement global d'une personne des connaissances et du savoir-faire indispensables qu'il faut aller chercher ailleurs ou dans d'autres domaines. En fait, une personne ayant des besoins multiples est parfois laissée pour compte par les fournisseurs de tous les secteurs, parce que chacun s'imagine qu'un autre devrait la prendre en charge.

La concertation des responsables de la planification et de la prestation des services est importante si l'on veut que les personnes ayant des problèmes multiples et complexes puissent obtenir les services dont elles ont besoin. Elle est à la base même de l'efficacité de la prestation des services. La prestation concertée suppose la participation de divers fournisseurs, y compris des médecins, dont chacun peut satisfaire certains besoins, mais pas tous.

Tous les ministères, ou du moins plusieurs directions au sein de chaque ministère, doivent faire le nécessaire pour garantir cette concertation. Les

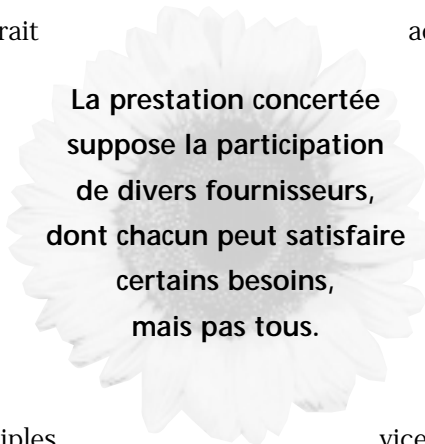
responsables des services fournis par des organismes bénéficiant de paiements de transfert et ceux des services dont le gouvernement assure le fonctionnement doivent comprendre ce qui est attendu d'eux en matière de planification et de prestation des services concertés. Le gouvernement révisera ses politiques et lignes directrices relatives aux populations spéciales pour y incorporer ces attentes ou en établira de nouvelles.

La mise au point de modèles valables de prestation de services concertés repose sur le partage des renseignements sur les clientes et clients, avec leur

accord, en particulier en ce qui a trait à certaines données confidentielles. Ce partage des renseignements doit aussi suivre des protocoles précis.

Chaque réseau local de services de santé mentale contribuera à cette concertation au profit de sa clientèle ayant des besoins multiples par l'intermédiaire des stratégies suivantes:

- **Encadrement au sein du système de santé mentale** - Les fournisseurs de services suivront chaque cliente et client tout au long de son cheminement à l'intérieur du système de santé mentale, y compris lors d'un éventuel séjour dans un établissement de soins de longue durée,



**La prestation concertée suppose la participation de divers fournisseurs, dont chacun peut satisfaire certains besoins, mais pas tous.**

d'une participation à un programme pour personnes ayant un handicap de développement ou encore d'une incarcération, le cas échéant. Faute de mieux, cet encadrement pourra être confié au personnel des programmes de gestion de cas intensive ou d'extension des services axés sur les personnes ayant des problèmes multiples et complexes. Cette façon de procéder aura aussi pour effet d'améliorer le réseau de services de soutien communautaire et donc d'éviter que des clients à risque élevé mais peu disposés à se faire soigner ne soient laissés pour compte.

- **Éducation et formation** - Un modèle de prestation de services concertés inclura la planification du traitement ou du placement, l'éducation et la formation continues du personnel portant sur les disciplines de techniques intersectorielles, de même que l'accès à l'information sur les meilleures pratiques en matière de prestation des services à des populations particulières. Les programmes d'éducation et de formation continues seront offerts par des psychiatres spécialisés dans le traitement de troubles précis, par d'autres professionnels de la santé travaillant dans un centre universitaire des sciences de la santé et par d'autres spécialistes. Ces programmes seront proposés au personnel des fournisseurs à divers endroits, notamment dans les centres d'accès aux soins communautaires, les hôpitaux généraux et les cabinets de groupe.

- **Planification concertée** - Lorsqu'une personne ayant une maladie mentale reçoit, ou devrait recevoir, les services de plusieurs fournisseurs, (p. ex., d'un organisme de soins de longue durée, d'un centre de toxicomanie, des services correctionnels et des services aux personnes ayant un handicap de développement) ou lorsqu'une personne ayant besoin de services de santé mentale spécialisés reçoit un traitement et des soins primaires, son traitement ou son placement fera l'objet d'une planification concertée. La planification concertée aura lieu comme suit:

- ◆ sauf exception, les responsables du programme qui offre déjà certains services à une personne entamera les démarches nécessaires à la planification concertée de son traitement ou de son placement;
- ◆ cette concertation se fera entre des fournisseurs réels ou potentiels du client ou de la cliente dans divers secteurs de prestation, mais aussi d'autres intervenantes ou intervenants qui connaissent bien d'une part, les besoins de cette personne et d'autre part, la marche à suivre pour établir un programme de services communautaires viable;

- ♦ les réunions de concertation se tiendront le plus tôt possible, p.ex. dès l'admission d'une personne dans un hôpital général ou un autre établissement, et non pas la dernière ou l'avant-dernière semaine avant sa mise en congé ou sa sortie. L'anticipation des besoins est essentielle. L'élaboration d'un programme de services communautaires à long terme se heurte parfois à des contretemps ou des difficultés inattendues et il faut donc prévoir le temps d'y remédier.
- ♦ la responsabilité de coordination intersectorielle des services sera clairement établie;
- ♦ chaque fournisseur saura qui d'autre participe à la prestation des services prévus dans le programme;
- ♦ des règles de communication de renseignements bien claires seront établies d'avance, avec la participation et le consentement de la cliente ou du client.

• **Programmes personnalisés** - La personnalisation des programmes de traitements et de services, de concert avec les clients et les membres de leur famille ou de leur entourage immédiat, garantira la prise en compte de tous leurs besoins. Les caractéristiques de ces programmes personnalisés seront les suivantes:

- ♦ l'intensité des services sera fonction du niveau de besoins d'une personne et du degré de risque qu'elle présente pour sa sécurité et celle d'autrui;
- ♦ les fournisseurs auxquels la prestation des services est confiée seront choisis parmi le secteur de services le plus approprié;

**La personnalisation des programmes, de concert avec les clients, leur famille ou leur entourage immédiat, garantira la prise en compte de tous leurs besoins.**

• **Maintien des contacts avec les fournisseurs de services communautaires durant un placement en établissement**

- Lorsqu'une personne sera admise à un hôpital général ou un autre établissement, selon l'évaluation de ses besoins, les fournisseurs de certains services lui rendront visite à intervalles réguliers et pourront, à ces occasions, lui fournir des services de soutien thérapeutiques en complément des services qu'elle reçoit dans l'établissement. Les hôpitaux généraux et autres établissements adopteront une politique de portes ouvertes afin de permettre aux fournisseurs travaillant dans d'autres secteurs de continuer à fournir à une personne les soins et les services de soutien convenus lors de la planification concertée. Le succès d'une telle

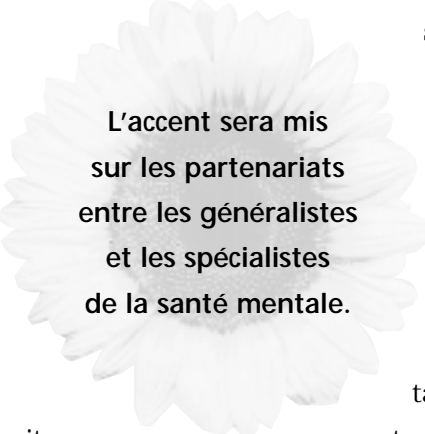
prestation des services concertés dépend en grande partie de la participation des psychiatres habituels des clientes et clients. Au même titre que ce maintien du contact avec les fournisseurs de services communautaires sera important pour les personnes hospitalisées, les fournisseurs de services hospitaliers devront étendre leurs services à la communauté.

- **Planification des services à long terme** - Il n'est pas toujours immédiatement possible de trouver les services qu'il faut à une personne, soit parce qu'elle a besoin de services plus intensifs que ceux offerts par les programmes existants ou parce que les programmes qui les offrent ont une longue liste d'attente. Dans pareil cas, il faudra désigner un intervenant principal au sein d'un secteur particulier, p. ex., la santé mentale ou le ministère des Services sociaux et communautaires, qui devra dans un premier temps veiller à la mise en place d'un programme de traitement provisoire adapté aux besoins de la personne et aux risques qu'elle présente, le cas échéant, pour sa propre sécurité et celle d'autrui. Cet intervenant principal devra aussi à plus long terme s'occuper de combler les lacunes au niveau des services disponibles.

- **Financement novateur** - La préférence ira désormais à des méthodes de financement novatrices. Les gestionnaires et les fournisseurs des services au niveau local examineront leurs ressources existantes afin d'établir, au besoin, un fonds de prévoyance destiné à financer des solutions de rechange valables aux placements traditionnels. Ceci sera d'autant plus important lorsque le coût des placements existants représente un fardeau inéquitable pour un secteur de prestation et dépasse le coût des solutions de rechange envisageables ou encore lorsqu'une variante de placement présenterait des avantages majeurs pour une cliente ou un client.

- **Partenariats entre les fournisseurs de soins primaires et**

**spécialisés** - L'accent sera mis sur les partenariats entre les fournisseurs de soins primaires et spécialisés, autrement dit entre les généralistes et les spécialistes de la santé mentale, et des liens établis entre leurs services. Les généralistes pourront suivre des cours d'appoint en psychiatrie et bénéficier du mentorat de leurs collègues en psychiatrie.



L'accent sera mis sur les partenariats entre les généralistes et les spécialistes de la santé mentale.

## Mesures prioritaires

Au cours des trois prochaines années, le ministère facilitera:

- la conclusion d'ententes officielles sur la prestation de services concertés;
- l'élaboration de façon collaborative par des représentantes et représentants de tous les secteurs de prestation de politiques intersectorielles énonçant leurs responsabilités respectives concernant la prestation de services concertés;
- la mise au point de principes directeurs solides pour la prestation de services aux populations spéciales, basés sur les meilleures pratiques.

### 3.4 *Les réinvestissements stratégiques*

#### **Orientation de la réforme**

Par le passé, les réinvestissements avaient lieu programme par programme et souvent en faveur de programmes existants et en conséquence, des occasions de nouveaux investissements stratégiques étaient souvent manquées.

À l'avenir, des réinvestissements stratégiques dont la répartition sera fonction du rendement des programmes contribueront à rééquilibrer le système de santé mentale. L'orientation de la réforme est de réduire

les hospitalisations quasi automatiques et de financer le continuum des services hospitaliers et communautaires suffisamment pour faire face aux besoins les plus divers de leur clientèle. Son but est de garantir la disponibilité en proportion équilibrée entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire d'un continuum de services qui incorpore tous les éléments essentiels du système de santé mentale réformé, à savoir des services de traitement, de réadaptation et de soutien, y compris des initiatives de regroupement de clients ou de familles.

#### **Mesures prioritaires**

Dans un premier temps, les réinvestissements stratégiques iront vers les communautés touchées par la restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux afin d'augmenter la capacité d'accueil des services communautaires et de multiplier les lits pour enfants et adolescents, pour la clientèle des services de psychiatrie légale et pour les soins actifs dans les hôpitaux généraux.

En ce qui concerne les réinvestissements stratégiques, le ministère va:

- planifier la restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux et l'augmentation de la capacité des services communautaires de sorte à pouvoir faire face aux besoins des personnes présentement hospitalisées dans ces hôpitaux;

- grâce à une saine gestion et des mécanismes de surveillance minutieux, veiller à ce que les réinvestissements interviennent avant les réductions de lits annoncées;
- renforcer les services prioritaires dans les communautés touchées par la restructuration des hôpitaux psychiatriques provinciaux en se basant sur des données récentes concernant leurs besoins en matière de services et les besoins de la clientèle de ces hôpitaux. Les programmes qui voudront obtenir un nouveau financement devront aligner leurs services sur les meilleures pratiques, respecter de nouvelles lignes directrices concernant leur prestation et transmettre au ministère les données que celui-ci exigera pour mieux évaluer leur rendement;
- mener les projets d'évaluation globale destinés à confirmer les besoins en matière de services de santé mentale et de services de soutien des personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux qui doivent faire l'objet d'une restructuration. Les résultats de cette évaluation globale serviront aussi à planifier les réinvestissements et à déterminer la meilleure façon de relier les services de première ligne, les services intensifs et les services spécialisés pour que les personnes mises en congé d'un hôpi-

tal psychiatrique provincial qui ferme ses portes puissent avoir accès à des services intégrés;

- améliorer l'efficacité de la planification des sorties d'hôpital;
- décider de la manière d'intégrer les nouveaux services qui ont bénéficié d'un réinvestissement avec les services communautaires existants.

### *3.5 La responsabilisation concernant le système et les services*

#### **Orientation de la réforme**

Présentement, le système de santé mentale comporte bien des lacunes de responsabilisation. Les mécanismes de responsabilisation qui existent relatifs à la gestion du système et à la prestation des services sont limités et sans rapport avec les besoins des clientes et clients. De plus, le ministère n'exige pas à l'heure actuelle des fournisseurs du système qu'ils évaluent leurs programmes et services à la lumière de la documentation sur les meilleures pratiques.

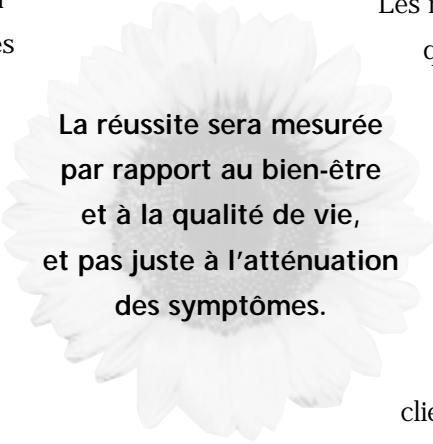
Le ministère est toutefois bien déterminé à mettre l'accent sur la responsabilisation dans le système de santé mentale réformé. Il s'apprête d'ailleurs à mettre au point un cadre de responsabilisation selon lequel la réussite sera mesurée par rapport au bien-être et à la

qualité de vie, et pas juste à l'atténuation des symptômes. La corrélation entre le financement et le rendement des programmes et du système en général est en effet l'un des principaux éléments de la réforme.

### **Mesures prioritaires**

Pour renforcer la responsabilisation dans le système de santé mentale réformé, le ministère va:

- établir des attentes en matière de rendement, des normes applicables aux programmes et des valeurs repères pour la prestation de services dont les plans locaux ou régionaux de mise en œuvre de la réforme devront tenir compte et déterminer quelle est la combinaison de services dont chaque communauté a besoin pour disposer d'un réseau de services de santé mentale efficaces, équilibrés et axés sur leur clientèle;
- comparer les outils de collecte de données en usage aux mesures du rendement qu'il a mises au point pour s'assurer que ces dernières sont exhaustives. L'ensemble de données minimum qu'il prévoit recueillir suffira à documenter les résultats essentiels du continuum de services et servira comme prévu à appuyer l'amélioration du système et la planification des services;



**La réussite sera mesurée par rapport au bien-être et à la qualité de vie, et pas juste à l'atténuation des symptômes.**

- définir des indicateurs clés pour mesurer le rendement du système et celui des programmes (ou services).

Les mesures du rendement, qui seront claires et simples à utiliser, feront la distinction entre les résultats touchant le système, les programmes et la clientèle. Mises au point en consultation avec les clientes ou clients et leur famille, elles incluront davantage et de meilleures mesures de la qualité de vie;

- favoriser la création d'outils d'évaluation qui faciliteront la mesure des résultats touchant les programmes et la clientèle;
- repérer et mobiliser les ressources additionnelles requises (tant sur le plan du financement que du savoir-faire) pour accomplir ces nouvelles tâches.

### **3.6 La création d'un système régional décentralisé adapté aux besoins**

#### **Orientation de la réforme**

Le système de santé mentale actuel est centralisé, ce qui entrave sa souplesse d'adaptation aux besoins locaux et régionaux. C'est pourquoi le ministère a


décidé de le décentraliser et d'en confier la gestion à des bureaux régionaux. À mesure de ce transfert de responsabilités, il faudra mettre à jour ou compléter les plans régionaux ou locaux de mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale pour y inclure l'obligation de rendre des comptes et renforcer les mécanismes d'intégration. Le ministère établira clairement qui sera responsable de l'existence d'un continuum de services.

Le ministère a un rôle de gestionnaire du système. À ce titre, il donne les directives d'orientation du système, répartit le financement consacré à la santé mentale et veille au suivi et à l'évaluation continus des mesures du rendement, des objectifs et des résultats. Dorénavant, il délèguera la répartition du financement à ses bureaux régionaux, qui seront aussi responsables de l'organisation et de la supervision des services, y compris les services de soutien. Les bureaux régionaux s'acquitteront de leurs nouvelles responsabilités en s'appuyant sur des politiques de santé mentale intégrées et détaillées qui garantiront le respect de normes de qualité et de rendement élevées dans la prestation des services aux quatre coins de la province.

Le rôle et les responsabilités dont les bureaux régionaux du ministère devront

s'acquitter, en collaboration avec les conseils régionaux de santé et d'autres intervenantes ou intervenants du système de santé mentale, consisteront à:

- faire des réinvestissements stratégiques conformes aux orientations énoncées dans le présent plan de mise en œuvre et dans sa publication complémentaire, intitulée *Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*;
- mettre à jour ou compléter les plans de mise en œuvre locale de la réforme des services de santé mentale à la lumière du présent document, en tenant compte de l'état de préparation et des besoins de chaque communauté;
- évaluer et superviser les programmes afin de vérifier que l'organisation et la prestation des services qui s'y rapportent sont bien conformes au plan de mise en œuvre du ministère, de même qu'à ses lignes directrices et à ses exigences fondamentales touchant les services;
- veiller à ce que les programmes existants respectent bien les exigences du ministère, afin qu'ils soient en mesure de satisfaire ses attentes vis-à-vis des services qu'il finance;



**Il faut des politiques de santé mentale additionnelles pour mettre en place un système de santé mentale complet.**



- surveiller le rendement des programmes pour pouvoir en tenir compte dans la planification de la mise en œuvre de la réforme et de l'amélioration du système.

Le rôle et les responsabilités des bureaux centraux du ministère consisteront à:

- élaborer des normes et des lignes directrices provinciales, y compris des lignes directrices et des valeurs repères concernant la prestation des services, ainsi que des indicateurs et des mesures du rendement;
- veiller à ce que les réinvestissements concordent avec le plan de mise en œuvre;
- créer un cadre de responsabilisation relatif aux services de santé mentale assorti d'un système d'information axé sur la clientèle;
- élaborer comme il le faut des politiques de santé mentale additionnelles pour mettre en place un système de santé mentale complet, accessible et équilibré;
- collaborer avec les bureaux régionaux à la surveillance du rendement du système;

- maintenir la liaison avec le Comité consultatif provincial de la réforme des services de santé mentale de la ministre.

### **Mesures prioritaires**

Durant l'année à venir, le ministère va:

- décentraliser la gestion opérationnelle des services de santé mentale,
- incorporer la prestation des services de santé mentale à la réforme des services de santé en général,
- se concentrer sur son rôle de gestionnaire du système.

Le ministère a pris plusieurs initiatives de politique pour appuyer la réforme continue du système de santé mentale, décrites au chapitre suivant. Elles portent sur le logement, la prestation de services concertés, les troubles jumelés (abus d'intoxicants et maladie mentale) et enfin les lois et règlements relatifs à la santé mentale. Une initiative de politique portant sur les hôpitaux généraux de l'annexe I et les services des médecins (y compris les honoraires à la séance) verra le jour bientôt.



# Les prochaines étapes

## 4.1 *L'initiative de politique relative au logement*

L'un des besoins fondamentaux de la clientèle des services de santé mentale est un milieu de vie stable dans lequel elle peut bénéficier de services de soutien. Il fut un temps où la plupart des personnes ayant une maladie mentale passaient leur vie dans un établissement psychiatrique. Depuis une vingtaine d'années, l'idée a fait son chemin que presque tout le monde peut mener une vie autonome au sein de la communauté, à condition de pouvoir compter sur un certain nombre de services de soutien. Il s'ensuit que l'on a assisté à la multiplication des options de logement pour les personnes ayant des besoins spéciaux.

Voici une liste des options de logement avec des services de soutien ou de logements supervisés offerts à l'heure actuelle aux personnes ayant une maladie mentale:

- Les foyers de soins spéciaux – il s'agit principalement de foyers résidentiels à but lucratif dont l'exploitation est supervisée par des hôpitaux psychiatriques provinciaux.
- ♦ **Capacité totale : 1 775 lits**

- Les foyers agréés – il s'agit de foyers résidentiels à but lucratif distincts des foyers de soins spéciaux dont l'exploitation est non seulement supervisée, mais financée, par des hôpitaux psychiatriques provinciaux.

- ♦ **Capacité totale : 133 lits**

- Les foyers – parfois aussi appelés centres d'hébergement ou d'accueil, ces établissements sont principalement des centres résidentiels à but lucratif, dont l'exploitation est régie par une entente conclue avec la municipalité et financée en partie par la municipalité (20 pour 100) et en partie par le gouvernement provincial (80 pour 100).

- ♦ **Capacité totale pour les personnes ayant une maladie mentale, telle qu'estimée à partir de données fournies par les municipalités : 2 249 lits**

- Habitat Services – il s'agit de pensions situées à Toronto, administrées et supervisées par un organisme de services de santé mentale bénéficiant de paiements de transfert, dont près de 95 pour 100 sont à but lucratif. Leurs frais d'exploitation sont subventionnés par le gouvernement provincial (80 pour 100) et par la Ville de Toronto (20 pour 100).

- ♦ **Capacité totale : 707 lits**

- Les ensembles d'habitation ne comprenant que des logements avec ser-

vices de soutien – il s'agit de logements à but non lucratif subventionnés, dont le financement vient d'être transféré du ministère des Affaires municipales et du Logement au ministère de la Santé. Ils incluent:

- des logements communautaires, y compris des «foyers de groupe», avec plus ou moins de services de soutien;
- des logements autonomes avec plus ou moins de services de soutien.

♦ **Capacité totale : 2 422 lits ou logements**

- Les logements sociaux dont les municipalités assurent le fonctionnement – il s'agit de logements intégrés à but non lucratif dont les locataires peuvent obtenir une quantité variable de services de soutien tout à fait dissociés de l'admissibilité à un logement. Ces logements sont occupés par des locataires très divers, y compris des personnes à faible revenu, des chefs de famille monoparentale et des réfugiés.

♦ **Capacité totale inconnue**

Il existe aussi des logements avec services de soutien dans des ensembles d'habitation mixtes. Ce sont des loge-

ments à but non lucratif ou subventionnés, réservés à des personnes qui ont besoin de services de soutien. À l'heure actuelle, ces logements sont la responsabilité conjointe du ministère des Affaires municipales et du Logement et du ministère de la Santé. Récemment, le gouvernement a décidé de rendre le ministère de la Santé seul responsable des logements avec services de soutien réservés à des locataires ayant une maladie mentale. Ce transfert sera chose faite le 1<sup>er</sup> avril 1999.

La notion de dissociation est à la base même du fonctionnement des logements avec services de soutien. Elle signifie que les services de soutien et le logement sont deux éléments dissociés et que la nature des services dont une personne peut avoir besoin n'entre pas en ligne de compte dans la détermination de son admissibilité à un logement.



Jusqu'ici, les logements occupés par des personnes ayant besoin de services de soutien étaient fournis par l'intermédiaire d'organismes bénéficiant de paiements de transfert du ministère des Affaires municipales et du Logement, tandis que les services de soutien étaient assurés par l'intermédiaire d'organismes bénéficiant de paiements de transfert du ministère de la Santé.

Il appartient donc maintenant au ministère de la Santé de voir à la disponibilité de logements avec services de soutien pour les personnes ayant une maladie mentale et d'en financer les suppléments au loyer. Par la force des choses, un lien s'est à nouveau établi entre le logement et les services de soutien, vu que le ministère de la Santé est désormais la seule source de financement provincial de ces deux éléments. Le ministère créera donc une nouvelle série de mécanismes de soutien assez souples pour satisfaire les besoins des personnes ayant une maladie mentale, tout en respectant leurs préférences en matière d'habitation.

Ce changement relatif aux logements avec services de soutien s'accompagne d'une évolution concernant le déplacement des personnes ayant une maladie mentale d'une forme d'habitation à une autre. Les services de soutien sont perçus comme étant «portatifs», par opposition au logement, qui est «fixe». L'expression «soutien pour le logement» désigne désormais les services dissociés dont une personne peut avoir besoin pour vivre de façon autonome dans la collectivité et qui peuvent inclure des services de gestion de cas ou de réadaptation sociale, les services d'une équipe de traitement communautaire active et même jusqu'à un certain point, des services d'intervention en cas de crise.

À l'heure actuelle, on compte en Ontario environ 7 286 lits ou logements pouvant accueillir des personnes ayant une maladie mentale, tels que décrits ci-dessus. Il faudra créer d'autres logements pour ces personnes et prévoir les services de soutien nécessaires face à la réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux prévue dans la réforme des services de santé mentale.

En juin 1998, le gouvernement provincial annonçait qu'il paierait 80 pour 100 des coûts liés aux foyers et les municipalités 20 pour 100. D'après les estimations les plus récentes, les deux tiers environ des personnes qui résident dans ces foyers d'hébergement ou d'accueil ont une maladie mentale.

En 1996, le ministère avait publié des lignes directrices sur la prestation des services communautaires de santé mentale aux personnes sans-abri ou socialement isolées (*The Provision of Community Mental Health Services to People who are Homeless or Socially Isolated*). Ces lignes directrices ont le mérite d'aborder les obstacles systémiques auxquels se heurte la prestation de services à cette population particulière et proposent des solutions pour les surmonter. Elles n'apportent toutefois rien de concret quant à la façon de loger les personnes sans-abri et socialement isolées. Elles ne font pas même mention du nombre insuffisant de logements abordables (avec ou sans soutien).

Selon la définition adoptée en 1996, une personne sans abri ou socialement isolée est quelqu'un qui n'a ni logement, ni moyens de subsistance, ni relations ou qui risque de perdre son logement parce que ses moyens de subsistance sont insuffisants et qu'elle n'a pas de relations (d'après Levine, 1983).

Conformément aux autres initiatives de politique actuelles du gouvernement, le ministère va devoir se pencher sur les besoins en matière de logement des personnes répondant à la définition ci-dessus qui ont aussi une maladie mentale.

Compte tenu de sa nouvelle responsabilité pour les logements avec services de soutien, le ministère a commencé à élaborer un cadre d'action détaillé pour la planification et la prestation d'un continuum de services de logement et de services de soutien connexes aux personnes ayant une maladie mentale grave. Ces services de soutien seront personnalisés en fonction des besoins et des désirs particuliers et variables de chaque cliente ou client, afin de l'aider à accéder à une vie autonome et à s'y maintenir. Dans ce contexte, mener une vie autonome signifie vivre au sein de la communauté, avec le moins d'interventions possible des services de santé mentale proprement dits, en prenant des décisions autonomes.

Le ministère va créer un comité directeur du logement pour les personnes atteintes de troubles mentaux dont le rôle sera de

superviser l'élaboration et la mise en œuvre de sa politique de logement, et plus particulièrement :

- de revoir la définition des différents types de logement à la lumière de l'expérience actuelle des fournisseurs de logements avec services de soutien et de logements supervisés, de sorte à bien faire la distinction entre tous les éléments du continuum de logements existant;
- d'étudier, d'analyser et de réformer le secteur des logements avec services de soutien et celui des logements supervisés.

Le nouveau cadre d'action concernant le logement des personnes ayant une maladie mentale visera à:

- orienter la planification et la prestation de services de logement aux personnes ayant une maladie mentale grave;
- offrir aux personnes ayant une maladie mentale des options de logement qui les aident à mener une vie aussi autonome que possible au sein de leur communauté. Beaucoup de personnes ayant une maladie mentale vivent avec leur famille ou une personne qui leur est proche, voire dans un logement ordinaire, et celles-là aussi devraient avoir droit à un soutien au logement;

- veiller à ce que les personnes ayant une maladie mentale aient accès à un choix de logements abordables et sécuritaires, adaptés à leurs déficiences physiques, visuelles ou auditives, si elles en ont, et assorti de services de soutien sensibles à leur race, leur langue, leur sexe, leur âge et leur orientation sexuelle;
- augmenter progressivement la disponibilité et l'attribution d'un plus grand choix de logements conformes aux désirs des personnes ayant une maladie mentale, dont l'aménagement et les services de soutien adaptés à leurs besoins et leurs préférences favorisent leur autonomie et leur permettent de vivre comme des locataires.

#### *4.2 L'initiative de politique relative à la prestation de services concertés*

Le présent plan de mise en œuvre évoque à plusieurs reprises le fait que la population cible des services de santé mentale, à savoir les personnes ayant une maladie mentale grave, peut se diviser en plusieurs sous-groupes. Parmi ces sous-groupes, ceux formés de personnes qui ont des besoins complexes et multiples sont souvent laissés pour compte dans la prestation de services. Tel que décrit plus tôt, les services spécialisés, qui correspondent au plus élevé des trois niveaux de besoins, visent uniquement à offrir différentes modalités

des services hautement spécialisés à un sous-groupe minoritaire de la population cible des services de santé mentale. Or, il serait souhaitable de mieux intégrer les sous-groupes de cette population à la prestation de services de santé mentale normale. Des efforts seront donc faits au niveau de la planification pour poser les fondations d'un ensemble de services de traitement communautaire qui soient capables de répondre aux besoins de ces sous-groupes.

Les tentatives d'élaboration d'une orientation et de politiques fermes concernant les sous-groupes de la population cible des services de santé mentale ont jusqu'à un certain point déjà porté fruit. Le ministère a en effet fait quelques progrès au niveau de l'élaboration de stratégies communes avec les fournisseurs dans d'autres secteurs dont les services s'adressent aux personnes ayant une maladie mentale qui ont des besoins complexes ou multiples dus à leur âge avancé, à des diagnostics mixtes ou à des problèmes avec la justice pénale. Il s'agit maintenant d'étoffer les politiques intersectorielles qui appuient le présent plan de mise en œuvre et de définir clairement les responsabilités des divers secteurs en matière de prestation de services concertés. Il faudra aussi se pencher sur les besoins des sous-groupes que forment les enfants, les autochtones et les membres des minorités ethniques ou raciales. En ce qui concerne la prestation de services concertés, le ministère va :

- établir un fondement conceptuel solide pour la prestation de services à des populations particulières. Présentement, la population cible comporte une longue liste de sous-groupes assez fragmentés définis par des caractéristiques sociales, linguistiques, légales, cliniques et démographiques. Un cadre d'action aiderait à choisir des sous-groupes prioritaires à des fins de financement, compte tenu des coûts liés à la mise au point de systèmes de prestation de services spécialisés à leur intention;

- consulter d'autres ministères et les fournisseurs de services dans d'autres secteurs au sujet des retombées du présent plan de mise en œuvre sur ces populations particulières et de l'élaboration d'autres politiques secondaires.

**Présentement, la population cible comporte une longue liste de sous-groupes assez fragmentés définis par des caractéristiques sociales, linguistiques, légales, cliniques et démographiques.**

intégré de services d'un bon rapport coût-efficacité axés sur la clientèle et conçus pour répondre aux divers besoins de leurs clientes et clients et de leur famille ou des membres de leur entourage immédiat. Les services de traitement de la toxicomanie ont pour raison d'être de faire face aux besoins des toxicomanes. Ils vont continuer d'évoluer à la lumière des nouvelles connaissances, s'adapter aux besoins changeants de leur clientèle et se mettre au pas de la transformation du système de santé et des services sociaux.

Le document *De nouvelles*

*orientations : Cadre de mise en œuvre des services de traitement de la toxicomanie* (ministère de la Santé de l'Ontario, 1999) explique que le gouvernement de l'Ontario compte faire appel à la fois à des

meilleures pratiques, à des mécanismes de suivi et d'évaluation et à une restructuration pour rehausser la qualité des services aux personnes qui ont des troubles liés aux intoxicants, augmenter la capacité de ces services, renforcer leur coordination et mieux tirer parti des ressources mises à leur disposition. Ce document décrit aussi les stratégies que le gouvernement provincial, les conseils régionaux de santé, les organismes de lutte contre la toxicomanie et d'autres intervenantes et intervenants sur le terrain utiliseront au

### **4.3 L'initiative de politique relative aux troubles jumelés (maladie mentale et abus d'intoxicants)**

La vision de la réforme des services ontariens de traitement de la toxicomanie est similaire à celle de la réforme des services de santé mentale. Les deux ont pour pierre angulaire l'accès à un système



cours des trois prochaines années pour forger une approche du traitement de ces troubles axée sur la clientèle.

Ce cadre de mise en œuvre vise principalement à améliorer les services de traitement de la toxicomanie sur trois plans:

- la prestation,
- le suivi et l'évaluation,
- la structure, la planification et l'organisation.

Son but général est de mettre en place des services de traitement plus efficaces et mieux coordonnés à l'aide des stratégies suivantes:

- l'emploi des meilleures pratiques d'après des données réelles;
- la simplification des méthodes d'évaluation;
- la mise au point de critères d'admission et de mise en congé uniformes pour aider les clientes et clients à passer plus facilement d'un service à un autre;
- la clarification des rôles et responsabilités;
- le remaniement des services de traitement en résidence ou en établissement;
- le redimensionnement du système;
- l'amélioration de la souplesse des services;
- la multiplication des choix proposés à la clientèle;
- l'adaptation aux besoins changeants de la clientèle;

- la réponse aux besoins des populations particulières, y compris les personnes ayant des troubles jumelés.

Un important point commun entre le présent document et le *Cadre de mise en œuvre des services de traitement de la toxicomanie* est la réorientation des ressources des services en établissement aux services communautaires. Ces deux types de services sont déjà reliés de plusieurs façons, p.ex., par l'entremise de la fédération ontarienne des programmes de santé communautaire et de lutte contre la toxicomanie (Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs) ou des organismes locaux et régionaux qui coordonnent la prestation de leurs services. Quatre établissements ayant pour mission de comprendre, de prévenir et de soigner les problèmes de toxicomanie et de santé mentale ont été fusionnés récemment pour donner naissance au Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Ceci étant dit, malgré toutes leurs ressemblances, les services de santé mentale et les services de traitement de la toxicomanie relèvent de deux systèmes parallèles et ni leurs politiques, ni leurs modalités de prestation ne sont les mêmes. Il est parfois extrêmement difficile pour une personne ayant une maladie mentale grave et des problèmes de toxicomanie d'obtenir des services coordonnés répondant à tous ses besoins.

Il a été établi qu'environ la moitié des personnes qui suivent un traitement psychiatrique ont des problèmes liés à l'abus d'intoxicants et que la moitié des personnes qui suivent un traitement de la toxicomanie ont un ou plusieurs troubles mentaux, y compris des troubles affectifs. Les recoupements entre les services destinés à ces deux groupes sont donc le meilleur point de départ pour leur intégration et leur coordination plus poussée. Un accès plus souple et coordonné à ces services pourrait s'avérer utile pour les personnes ayant des troubles jumelés, autrement dit à la fois une maladie mentale et des troubles liés à l'abus d'intoxicants.

Au cours des prochaines années, alors que se poursuivront la mise en œuvre des services de santé mentale et des services de traitement de la toxicomanie, le ministère élaborera des directives d'orientation concernant les deux types de services et leur prestation aux personnes ayant des troubles jumelés. Pareilles directives garantiront une utilisation coordonnée et efficace des ressources dont ces services disposent pour venir en aide à ces personnes.

#### ***4.4 L'initiative de politique relative au réexamen des lois***

Suite aux recommandations formulées en 1998 par M. Newman dans son rapport, *L'an 2000 et au-delà. Consolider le réseau de santé mentale de l'Ontario*

et face aux nombreuses voix qui se sont levées pour réclamer de nouvelles mesures législatives, le ministère travaille sur plusieurs fronts à l'amélioration des lois ontariennes relatives à la santé mentale. La nécessité d'asseoir la réforme des services de santé mentale sur une base législative plus solide ne fait aucun doute.

Le ministère a entamé une vaste campagne d'éducation et de sensibilisation visant, d'une part, à clarifier l'intention et l'application de la Loi sur la santé mentale et des lois et règlements connexes et, d'autre part, à s'informer sur les aspects de ces textes législatifs qu'il faudrait éclaircir davantage. Cette campagne bénéficie du concours de nombreux professionnels, de fournisseurs et de responsables du système de justice pénale, mais aussi de clientes et de clients et de membres de leur famille ou de leur entourage immédiat. Parallèle au réexamen des lois, cette campagne vise à garantir que les modifications qui pourront être apportées aux lois appuient certains principes fondamentaux.

Le ministère de la Santé a entamé un réexamen des lois et règlements relatifs à la santé mentale qui mènera à des consultations publiques pour s'assurer que les lois et règlements et leurs éventuelles modifications appuient les principes fondamentaux suivants:

- la création d'un système de santé mentale intégré et coordonné offrant un continuum de services, de la prévention jusqu'aux traitements hospitaliers ou communautaires,
- la possibilité pour les personnes ayant une maladie mentale d'accéder à ces services où et quand elles en ont besoin,
- la protection du public.

Ce réexamen portera sur tous les aspects des lois et règlements régissant la santé mentale afin de vérifier que rien n'y manque. Il inclura notamment une analyse de la *Loi sur la santé mentale* et d'autres lois connexes, telles que la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* et la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, leur application actuelle et leurs éventuelles lacunes. Il étudiera aussi l'utilité d'inclure dans les lois et règlements certains éléments additionnels, comme par exemple les services communautaires de santé mentale. Enfin, il examinera les lois sur la santé mentale appliquées ailleurs qu'en Ontario. Ce réexamen et les consultations qui l'accompagnent permettront au gouvernement de décider s'il y a lieu de modifier les lois et règlements en vigueur.

## *Conclusion*

Ce plan de mise en œuvre énonce les prochaines étapes de la réforme visant à faire en sorte que le système de santé mentale de l'Ontario réponde bien aux besoins des personnes ayant une maladie mentale grave. Forts de l'appui et de la participation des clientes et clients du système, de leur famille, des fournisseurs de services et d'autres personnes et groupes intéressés, nous parviendrons à mettre en place un système qui offrira aux Ontariennes et Ontariens les meilleurs services de santé mentale possibles dès l'aube de l'an 2000 et pour bien des années à venir.



**Le ministère de la Santé  
a entamé un réexamen  
des lois et règlements  
relatifs à la santé mentale  
qui mènera  
à des consultations  
publiques.**

## Bibliographie

Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : document de discussion*. Préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.

Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale : examen de la documentation*. Préparé pour le Réseau de consultation sur la santé mentale fédéral, provincial et territorial.

Heseltine, G.F. (1983). *Towards a Blueprint for Change : A Mental Health Policy and Program Perspective: Discussion Paper*. Ministère de la Santé de l'Ontario.

Goering, P. et al. (1998). *Towards Reformed System of Mental Health Care in Southwest Ontario : The Role of Tertiary Care*. Préparé pour le groupe de travail des planificateurs de la santé mentale de la région du Sud-Ouest (Southwest Mental Health Planners Work Group).

Levine, I.S. (1994). In Lamb, H.R. (ed) *The Homeless Mentally Ill : A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. American Psychiatric Association: Washington, D.C.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (1999). *Vers de nouvelles orientations : Cadre de mise en oeuvre des services de traitement de la toxicomanie*.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (1996). *Policy Guideline : The Provision of Community Mental Health Services to People Who Are Homeless or Socially Isolated*.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (1994). *Directives concernant la planification de la mise en oeuvre de la réforme des services de santé mentale*.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (1993). *Putting People First : The Reform of Mental Health Services in Ontario*.

Newman, Dan. (1998). *L'an 2000 et au-delà. Consolider le réseau de santé mentale de l'Ontario. Rapport des consultations sur la réforme de la santé mentale en Ontario*.

Comité provincial des services communautaires de santé mentale. (1988). *Renforcer le soutien communautaire à la population : Planification de la santé mentale en Ontario*.

## *Glossaire*

### **Centres de traitement en résidence :**

Ces centres accueillent les personnes mises en congé après une période d'hospitalisation souvent longue compte tenu de leur degré d'invalidité et de la complexité de leurs troubles. Ils offrent à ces personnes, pour qui la vie autonome dans leur propre logement n'est pas pensable sans services de soutien très importants, des services spécialisés dans un milieu résidentiel afin de faciliter leur transition vers un tel logement.

### **Commission de restructuration des services de santé (CRSS) :**

La Commission de restructuration des services de santé est un organisme indépendant mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario en avril 1996. Le mandat de la Commission consiste à restructurer les hôpitaux et à recommander des changements portant sur d'autres aspects de la prestation des services de santé en Ontario. Ses décisions et recommandations s'appuient sur trois principes, à savoir le maintien, voire l'amélioration de la qualité des services de santé, la facilité d'accès à ces services et leur prestation à un prix abordable.

### **Conseils régionaux de santé (CRS) :**

Constitués par décret aux termes de la Loi sur le ministère de la Santé, les CRS sont des organismes de l'annexe III sans but lucratif et à responsabilité limitée. La Loi énonce les fonctions d'un conseil

régional de santé comme suit: «conseiller la ministre ou le ministre sur les besoins dans le domaine de la santé et autres questions relatives à la santé dans la zone géographique qui est du ressort du conseil; formuler des recommandations au sujet de l'affectation des ressources en vue de répondre aux besoins dans le domaine de la santé de la zone géographique qui est du ressort du conseil; élaborer des plans en vue de la mise sur pied et de la mise en œuvre d'un système de soins de santé équilibré et intégré dans la zone géographique qui est du ressort du conseil et remplir toutes autres obligations qui lui sont attribuées aux termes de la *Loi sur le ministère de la Santé* ou par le ministre». Il existe 16 CRS en Ontario, ayant chacun un conseil d'administration formé d'environ 20 bénévoles et un bureau où travaillent environ 20 personnes.

**Crise :** Manifestation soudaine chez une personne d'une perturbation affective ou d'une phobie de situation (dont les effets peuvent être cumulatifs) qui dépasse ses mécanismes d'adaptation habituels.

**Dissociation, dissociés :** Ces termes sont utilisés dans le contexte des logements avec services de soutien pour dire que la nature des services dont une personne peut avoir besoin n'entre pas en ligne de compte dans la détermination de son admissibilité à un logement.

**Équipe de mise en œuvre ministérielle - Administration :** Cette équipe est formée du directeur régional ou de la directrice régionale des services de santé mentale du ministère, de l'administratrice ou de l'administrateur de l'hôpital psychiatrique provincial, d'autres membres du personnel du ministère et de représentantes et représentants de l'hôpital public qui doit reprendre les programmes de l'hôpital psychiatrique. Elle est chargée de faciliter l'élaboration de la convention de cession sur laquelle sera basé le transfert de programmes de l'hôpital psychiatrique à l'hôpital public. Elle doit également veiller à la conclusion d'un accord sur les ressources humaines entre le gouvernement et l'hôpital public.

**Équipe de mise en œuvre ministérielle - Prestation :** Cette équipe est de composition plus vaste, car elle s'occupe de la conception des programmes et de leurs liens avec d'autres parties du système de santé. Elle est formée de représentantes et de représentants des hôpitaux, des conseils régionaux de santé, des fournisseurs de services communautaires et des membres du public touchés par le transfert des programmes des hôpitaux psychiatriques provinciaux. Son rôle est d'établir, suite à ce transfert, la marche à suivre idéale pour restructurer les services des hôpitaux psychiatriques de la province et procéder à la fermeture de ces établissements, s'il y a lieu.

**Équipe communautaire de traitement actif** s'entend d'une équipe multi-

disciplinaire de cliniciennes et de cliniciens qui offre des services de traitement, de réadaptation et de soutien, au besoin de façon continue, aux personnes ayant une maladie mentale grave et persistante. Les trois quarts du temps, sinon plus, la prestation de ces services a lieu directement dans la collectivité. Le travail de cette équipe met l'accent sur les services d'approche, l'établissement d'un rapport de confiance, la personnalisation des services et le droit des clientes et clients d'accepter ou de refuser ces derniers.

**Équipes mobiles d'extension des services :** Ces équipes, mobiles, multidisciplinaires et responsables, offriront des services de consultation, d'évaluation et de planification des programmes de traitement tant aux fournisseurs de services de première ligne et de services intensifs qu'aux familles des personnes à qui ces services s'adressent. Elles feront tout leur possible pour éviter les hospitalisations et permettre aux clientes et clients de continuer à vivre au sein de la collectivité, grâce à des mécanismes de soutien intégrés. En cas de besoin, elles faciliteront toutefois l'accès immédiat à des services spécialisés. Leurs fonctions comprendront l'évaluation, la consultation clinique, l'intervention en cas de crise, la gestion de cas, l'éducation (ou formation en cours d'emploi), la défense des intérêts des clientes et clients et l'établissement de liens avec d'autres services.

**Fournisseurs de soins et de services de première ligne :** S'entend des médecins généralistes, des services de santé et des services sociaux, de même que des services de soins d'urgence et de soins primaires des hôpitaux.

**Gestion du système et responsabilisation :** Les mesures dont il est question dans le présent document concernant la poursuite de la réforme des services de santé mentale auront pour effet de renforcer la responsabilisation des intervenantes et intervenants dans le système. Le ministère s'apprête à mettre au point un cadre de responsabilisation qui inclura, parmi d'autres mesures du rendement, non seulement des indicateurs d'atténuation des symptômes, mais des indicateurs de bien-être et de qualité de vie. La corrélation entre le financement et le rendement des programmes et du système en général est en effet l'un des principaux éléments de la réforme.

**Hôpitaux psychiatriques provinciaux :** Les hôpitaux psychiatriques provinciaux, dont le gouvernement de l'Ontario assure le fonctionnement, offrent des services de traitement et de réadaptation aux personnes ayant une maladie mentale grave qu'elles soient hospitalisées ou soignées en consultations externes.

**Intervention en cas de crise :** Soins actifs et mécanismes de soutien offerts le plus vite possible à une personne qui souffre manifestement d'une détresse aiguë.

**Meilleures pratiques :** D'après une définition donnée dans le rapport *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale - Examen de la documentation*, il s'agit de «tout programme ou activité conforme aux meilleures connaissances actuelles sur les démarches efficaces» (Unité de recherche sur les systèmes de santé, Institut psychiatrique Clarke, 1997). L'établissement des lignes directrices au niveau du système et leur application lors de la prestation des services s'inspirent des exemples de meilleures pratiques.

**Niveaux de besoins :** Cette expression désigne les niveaux de besoins des clientes et clients, lesquels déterminent la nature des services qui leur sont proposés. La répartition des services en trois niveaux correspondant à trois niveaux de besoins (services de première ligne, services intensifs et services spécialisés) reflète une approche multidisciplinaire de la prestation de services de santé mentale axée sur la clientèle.

- Services de première ligne : S'entend des services de prévention, d'évaluation et de traitement assurés par les fournisseurs de soins et de services de première ligne, y compris des médecins généralistes, des services de santé et des services sociaux, de même que des services de soins d'urgence et de soins primaires des hôpitaux.

- Services intensifs : S'entend des services d'évaluation, de traitement et de soutien offerts dans la communauté ou les hôpitaux aux personnes ayant une maladie mentale grave.
- Services spécialisés : S'entend des services de santé mentale hautement spécialisés offerts dans la communauté ou les hôpitaux aux personnes ayant une maladie mentale grave qui présentent des troubles complexes, rares et instables. Les soins de longue durée ne sont pas synonymes de services spécialisés. Ces services de traitement, de réadaptation et de soutien sont intégrés dans chaque type de programme ou de service et leur prestation est confiée à une équipe multidisciplinaire.

**Personne ayant des besoins multiples ou complexes :** S'entend d'une personne ayant une maladie mentale grave conformément aux critères établis qui a déjà, à une ou plusieurs reprises, manifesté un comportement agressif ou violent et qui, de plus, présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elle a été admise au moins trois fois dans un hôpital psychiatrique au cours des deux années précédentes; elle a été hospitalisée 60 jours ou davantage durant cette même période; elle a fait l'objet d'au moins deux plaintes auprès de la police ou de deux interventions de la police au cours des 12 derniers mois; elle a été incarcérée pendant 30 jours ou davantage durant ces douze mois; elle a été récem-

ment évincée de son logement, elle vit dans des refuges ou elle est sans-abri; elle a présentement un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie; elle ne suit pas correctement les programmes de traitement qui sont mis au point pour elle.

### **Personne sans abri/socialement**

**isolée :** Selon une définition adoptée en 1996, une personne sans abri ou socialement isolée est quelqu'un qui n'a ni logement, ni moyens de subsistance, ni relations sociales ou qui risque de perdre son logement parce que ses moyens de subsistance sont insuffisants et qu'elle n'a pas de relations (Levine, 1983).

**Population cible :** Cette expression désigne la population que la réforme des services de santé mentale continue de viser en priorité, c'est-à-dire les personnes ayant une maladie mentale grave. Les trois critères qui servent à déterminer quelles sont les personnes ayant une maladie mentale grave sont le diagnostic, l'invalidité et la durée de la maladie, y compris sa durée prévisible. Le facteur essentiel pris en considération est le degré d'invalidité, et éventuellement de danger pour elle-même et pour autrui, qu'une personne présente à cause d'un trouble que l'on peut diagnostiquer.

- Invalidité : S'entend de l'incapacité d'effectuer les activités quotidiennes telles que manger, se laver et s'habiller, s'occuper d'un ménage, gérer son argent, circuler dans la communauté ou prendre des médicaments



correctement et même de fonctionner normalement au sein de sa famille, en société, dans le contexte des études ou d'une formation quelconque ou au travail.

- **Durée/durée prévisible :** Le fait qu'il y ait lieu de croire que les problèmes d'une personne sont constants ne signifie pas nécessairement pour autant qu'ils sont continus: elle peut très bien connaître des périodes de rémission complète.
- **Diagnostic :** Peut par exemple inclure la schizophrénie, les troubles de l'humeur, le syndrome cérébral organique, la paranoïa et autres psychoses, un trouble grave de la personnalité, des troubles jumelés et des diagnostics mixtes.

**Prestation de services concertés :**

Prestation de services à des personnes ayant des problèmes multiples projetée de concert par les fournisseurs dans différents secteurs du système, de sorte à assurer leur coordination.

**Réadaptation :** S'entend du processus de longue durée dont le but est d'aider quelqu'un à surmonter les effets nombreux et durables d'une maladie, d'un trouble ou de certains événements de la vie, tels que les mauvais traitements. La personne réadaptée retrouve un état de santé mentale et physique optimum compte tenu de ses circonstances, ce qui est bénéfique non seulement pour elle, mais pour sa famille.

**Réinvestissements stratégiques :**

L'une des conséquences de la réforme des services de santé mentale est la prise de décisions de réinvestissement stratégiques et non plus programme par programme. Le financement des programmes sera directement lié à leur rendement, afin de réduire les hospitalisations tout en prévoyant des ressources suffisantes pour financer un continuum de services hospitaliers et communautaires adaptés au vaste éventail de besoins des clientes et clients.

**Services de psychiatrie légale :**

Ces services, offerts par les hôpitaux régionaux, incluent l'évaluation et le traitement clinique des personnes ayant une maladie mentale qui sont accusées d'actes violents, dangereux ou criminels ou qui ont commis de tels actes. Le traitement clinique vise à traiter la maladie mentale et, chez les personnes qui sont effectivement coupables de tels actes, à réduire les risques de récidive. Ces services s'adressent à une partie seulement des personnes ayant une maladie mentale, à savoir celles qui présentent un risque très élevé de violence ou qui ont des besoins complexes et simultanés relatifs à leur agressivité, leur statut légal et la conduite de leur traitement clinique, y compris la gestion des risques qu'elles présentent.

**Services hospitaliers spécialisés :**

Il s'agit de services offerts dans un hôpital par des professionnels de la santé spécialisés à des personnes ayant une mala-

die mentale grave, complexe ou rares dont les besoins ne peuvent être satisfaits par les services de première ligne ou les services intensifs. Ils incluent des programmes intensifs spéciaux associés à des soins de réadaptation tant ponctuels que prolongés pour les personnes qui présentent des symptômes graves ou chroniques. Leur prestation, qui peut avoir lieu dans les services de consultations externes ou dans le cadre de services d'approche et de consultation, relève presque toujours d'un centre hospitalier universitaire.

**Soutien pour le logement :** S'entend des services dissociés dont une personne peut avoir besoin pour vivre de façon autonome dans la collectivité et qui peuvent inclure des services de gestion de cas ou de réadaptation sociale, les services d'une équipe de traitement communautaire active et même jusqu'à un certain point, des services d'intervention en cas de crise.

**Système régional décentralisé adapté aux besoins :** Soucieux de mettre en place un système qui réponde mieux aux besoins de la population partout dans la province, le ministère a décidé de confier sa gestion à des bureaux régionaux. Cette décision entraîne la nécessité de mettre à jour ou de compléter les plans régionaux ou locaux de mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale, afin d'y inclure l'obligation de rendre compte de la qualité des services et de renforcer les mécanismes d'intégration de leur prestation.

- **Régional, régionale :** S'applique aux sept régions du ministère de la Santé, tel que prévu dans la restructuration Future Shape du ministère de la Santé: Toronto, Centre-Ouest, Centre- Sud, Centre-Est, Sud-Ouest, Nord et Est.

- **Local, locale :** S'applique aux éventuelles subdivisions des sept régions du ministère de la Santé.

- **Communauté, communautaire :** S'applique selon le cas soit à une collectivité, définie en termes de secteur géographique (régional ou local), soit à un groupement d'intérêts

**Traitement :** S'entend des interventions visant à évaluer, soulager, réduire ou gérer les manifestations d'une maladie ou d'un trouble, y compris les symptômes d'un traumatisme dû à des mauvais traitements.

**Vie autonome :** Vie au sein de la communauté, avec le moins d'interventions possible des services de santé mentale proprement dits, dans un milieu le moins limitatif possible (donc respectant la liberté de choix et l'autodétermination).

