

ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC

**AMPQ**

MÉMOIRE - sommaire

# PAISM 2026/2030

---

**PRÉPARÉ PAR :**

*Dre Claire Gamache, présidente et Dre Virginie Doré-Gauthier, dirigeante sur le CA*

*Collaboration :*

*Dres Amal Abdel-Baki, Marie-Frédérique Allard, Annie Loiseau, Emmanuelle  
O'Bomsawin et Évelyne Thuot, administratrices sur le CA et*

*Drs Laurent Coulloudon, Guillaume Dumont, Maxime Dussault-Laurendeau et Leon  
Tourian, administrateurs sur le CA*

Juin 2026

(document qui peut être rendu public)

+

## Plan d'action 2022/2026 : des avancées réelles, un réseau encore en souffrance

L'un des volets les plus structurants du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* a été le déploiement coordonné de trois modalités cliniques complémentaires pour les **épisodes psychiatriques aigus** : les équipes spécialisées d'accompagnement bref dans la communauté (ABC), les unités d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et le traitement intensif bref à domicile (TIBD). Avec un financement dédié d'au moins 52 millions de dollars, et qui visent explicitement à réduire le recours à l'hospitalisation, à désengorger les urgences et à améliorer l'accès aux services en santé mentale, ces mesures ont connu un déploiement réel dans plusieurs régions du Québec. Quoiqu'à ce jour, nous ne disposons pas de données sur leur impact, un système de santé apprenant rapide, le SARAH, est en déploiement avec l'objectif d'évaluer l'impact souhaité de ces mesures (ex. éviter les hospitalisations ou l'utilisation des services d'urgence et une satisfaction accrue des usagers, proches et cliniciens). Le déploiement de ce modèle de soins innovant, représente néanmoins un développement majeur suite au dernier plan.

Les services spécifiques à la clientèle en **situation d'itinérance** souffrant de troubles psychiatriques ont aussi connu un développement significatif, avec le déploiement de plusieurs équipes PRISM (Programme de réaffiliation itinérance/santé mentale) à travers le Québec, et le rehaussement des programmes de SRA (soutien résidentiel avec accompagnement), selon l'approche de Logement d'Abord.

Les développements les plus porteurs des dernières années montrent l'importance d'associer **les équipes psychiatriques** dès la conception des orientations ministérielles. Leur contribution comme **co-architectes du réseau** permet de développer des trajectoires plus réalistes, mieux adaptées aux besoins cliniques et plus rapidement déployables.

Sous la responsabilité du ministre responsable des Services sociaux, ces développements ambitieux et relativement rapides ont bénéficié grandement d'avoir un **interlocuteur spécifique** au gouvernement sur les questions de la santé mentale, de la dépendance et de l'itinérance. Il nous apparaît clair que le fait d'avoir un décideur spécifiquement désigné au gouvernement avec le mandat de la santé mentale a été un élément essentiel à ce succès. Le caractère interministériel du PAISM est aussi à souligner comme facteur structurant, ainsi que son financement conséquent de plus de 1,1 milliard de dollars.

Cependant, malgré ces avancées, les enjeux d'accès aux **services spécialisés** persistent. Les difficultés d'accès à la psychiatrie pour les cas complexes demeurent importantes, en raison notamment d'un sous-financement historique, d'une disponibilité limitée de ressources spécialisées interdisciplinaires et d'une organisation des trajectoires de soins encore fragmentée. Ainsi, si le dernier plan a permis d'améliorer la gestion des épisodes aigus par l'offre de services de proximité, son impact apparaît plus limité sur le noyau des services spécialisés, où les besoins les plus intenses continuent de dépasser la capacité du système.

Le plan précédent misait principalement sur la prévention, l'intervention précoce et les actions en milieu scolaire et communautaire pour la **clientèle** jeunesse. Cohérente avec les données probantes en santé publique, cette orientation visait à agir en amont des troubles et à favoriser une meilleure santé mentale globale chez les jeunes. *Ces initiatives doivent être maintenues et bonifiées. De plus, l'accès aux services spécialisés en pédopsychiatrie pour les jeunes présentant des troubles sévères ou des trajectoires complexes, demeure fragile, avec la persistance de délais et de difficultés d'accès liée à une pénurie de ressources spécialisées, une organisation des services peu fluide et une capacité limitée à répondre à des besoins nécessitant une expertise multidisciplinaire intensive.* Par ailleurs, une faille structurelle importante du système demeure, soit la **transition entre les services jeunesse et les services destinés aux adultes**, qui s'accompagne fréquemment d'une rupture dans la continuité des soins, en raison de différences marquées entre les approches de la pédopsychiatrie, des services jeunesse et celles de la psychiatrie adulte, ainsi que de changements organisationnels abrupts. Le plan précédent reconnaissait en partie cet enjeu et proposait le développement de services adaptés aux jeunes âgés de **12 à 25 ans**, visant à assurer une meilleure continuité des soins. Le déploiement des programmes pour premiers épisodes psychotiques représente une avancée remarquable pour la clientèle des 12-35 ans visés par cette initiative, puisque plus de 90% de la population de cet âge aurait accès à l'intervention précoce pour la psychose à la suite des deux derniers plans d'action. Quoique le réseau de points de service *Aire ouverte pour les 12-25 ans* constitue une porte d'entrée intéressante vers les services de santé mentale pour les jeunes adolescents/jeunes adultes, ces initiatives demeurent limitées à un stade très précoce et une période très courte dans le parcours de soins en santé mentale/globale et leur déploiement en marge des autres services en limitent l'impact pour les jeunes atteints de troubles mentaux sévères nécessitant des soins spécialisés et à plus long terme, puisque l'accès à ces services demeure complexe et long.

Tout en reconnaissant les besoins spécifiques des **ainés** en matière de santé mentale, notamment en lien avec le vieillissement de la population, la prévalence accrue des troubles neurocognitifs et psychiatriques, ainsi que l'importance du maintien à domicile et du soutien aux proches aidants, le plan précédent ne s'est pas traduit en mesures structurantes spécifiquement dédiées à la gériopsychiatrie. La dualité persistante entre les programmes de santé mentale et ceux de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) entraîne des barrières d'accès importantes, notamment en raison de critères d'admission distincts, d'une répartition des responsabilités peu claire et d'une difficulté à arrimer les interventions entre les équipes de psychiatrie et les services de soutien à domicile, particulièrement pour les cas complexes qui nécessitent une prise en charge intégrée et multidisciplinaire. L'absence d'un panier de services clairement défini en gériopsychiatrie, d'une organisation hiérarchisée des soins, ainsi que la disparité de ressources importante entre les régions, limitent la capacité du système à offrir des interventions adaptées et coordonnées.

Quoique l'AMPQ salue la publication du "*Guide de bonnes pratiques pour l'implication de proches en santé mentale: considérer, intégrer, outiller*" <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003699/>, il importera de s'assurer que ces pratiques soient mises en place. À cette fin, elles doivent faire partie des mesures de performance ciblées pour documenter les services offerts à la population.

L'AMPQ s'est efforcée de définir des **paniers de services** psychiatriques essentiels qui devraient être accessibles à l'ensemble de la population sur le territoire. Ils ont été déclinés selon les groupes de clientèles que nous desservons, en tenant compte des spécificités de la pratique en centre urbain, dans les régions périphériques, intermédiaires ou éloignées, ainsi que des corridors de services interrégionaux à développer.

## Recommandations

1

S'assurer que les services psychiatriques essentiels soient offerts et rapidement accessibles sur tout le territoire, à partir de paniers de services définis pour les différentes clientèles, dans une perspective de trajectoires cliniques et de responsabilité populationnelle du réseau public.

Cette recommandation doit notamment se traduire par des trajectoires adaptées pour les clientèles dont les besoins exigent une expertise ou une organisation spécifique (voir annexes 1, 2, 3).

- A) **Renforcer la première ligne en santé mentale** par des équipes interdisciplinaires formées, capables d'évaluer, d'orienter et d'accompagner les personnes selon leur niveau de besoin, avec un accès structuré au soutien des psychiatres répondants, pédopsychiatres et gérontopsychiatres. Cette mesure devrait inclure une formation accrue des intervenants psychosociaux pour l'évaluation et la gestion des situations de crise, du risque suicidaire et du risque hétéroagressif, et des enjeux de consommation. (Annexe 1-2)  
Ces mesures visent notamment à améliorer la fluidité entre la première ligne et les services spécialisés, en réservant l'expertise psychiatrique aux situations complexes, instables ou aiguës, tout en assurant un retour structuré vers la première ligne lorsque les patients sont stabilisés et un soutien rapide lorsque la situation clinique se détériore.
- B) Instaurer des **équipes psychosociales** dans toutes les urgences où une consultation **pédopsychiatrique** est disponible, afin d'évaluer dès le triage les situations de crise, d'orienter les jeunes vers les bons services et de réserver l'expertise pédopsychiatrique aux situations où elle est médicalement requise. Dans un contexte de pénurie importante en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cette mesure permettrait d'utiliser plus judicieusement les effectifs psychiatriques, tout en évitant la médicalisation systématique des crises psychosociales. (Annexe 1)
- C) Poursuivre le déploiement **des alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation**, les équipes ABC et le TIBD, en les adaptant aux besoins des différentes clientèles, particulièrement les jeunes et les personnes âgées. (Annexe 1-2)
- D) **Structurer l'hébergement en santé mentale comme une composante intégrée des trajectoires de soins**, en développant une offre adaptée aux profils de besoins complexes et en assurant une imputabilité claire afin d'éviter que des personnes demeurent hospitalisées faute de milieu de vie approprié. (Annexe 3)
- E) **Prévenir l'itinérance, les ruptures de soins et les trajectoires médico-légales évitables lors des transitions à risque**, notamment à la sortie des centres jeunesse, des établissements de détention, des hospitalisations et des ressources d'hébergement, par des mécanismes obligatoires de planification des sorties en amont, d'arrimage aux soins, d'accès au revenu, d'accès à un milieu de vie adapté et de relais vers les services de proximité.
- F) Déployer des alternatives au transport forcé à l'hôpital (application de la p-38), telles que des équipes mixtes police-santé mentale, des équipes mobiles de crise spécialisées et des équipes de réponse communautaire sans police, afin d'assurer que le transport hospitalier contre le gré demeure une mesure d'exception.
- G) Structurer les MASM dans les toutes les régions du Québec à partir des exemples probants dans les territoires qui ont réussi à améliorer l'accès aux soins et services en temps opportun. Cet effort de structuration, comprenant la composition des équipes, les méthodes de travail et les trajectoires de soins, doit se faire dans une perspective de système apprenant.

2

Maintenir un ministère ou une responsabilité ministérielle distincte pour les services sociaux, la santé mentale, la dépendance, l'itinérance et la lutte à l'isolement, afin d'assurer un leadership national clair, une imputabilité politique explicite et une mise en œuvre agile, cohérente et durable du prochain PAISM.

Cette recommandation devrait se traduire par :

- A) La mise en place d'un **budget dédié, protégé et traçable** pour les mesures des PAISM actuelles et passées, avec un mécanisme de suivi permettant de s'assurer que les sommes annoncées sont utilisées aux fins prévues et de façon pérenne.

3

Créer dans chaque région une instance territoriale de concertation et de coordination en santé mentale, dotée d'un mandat clair et d'un budget dédié, afin d'assurer la mise en œuvre locale du PAISM, l'arrimage des partenaires et la continuité des trajectoires de soins et de services

Cette instance devrait regrouper les forces vives du territoire, incluant les services de santé mentale et dépendance, les services sociaux, les CLSC, la première ligne médicale, les équipes spécialisées en psychiatrie, les organismes communautaires et les personnes utilisatrices de services et proches partenaires ainsi que les partenaires en dépendance, itinérance, jeunesse, hébergement, justice, sécurité publique, milieux scolaires et municipaux.

Elle aurait pour mandat de développer une **vision territoriale unifiée**, de clarifier le rôle de chacun des partenaires, de coordonner les trajectoires entre les services de proximité, les services spécialisés et les ressources communautaires, et d'identifier les ruptures de services qui compromettent l'accès, la continuité ou le maintien dans la communauté.

Les CLSC devraient constituer un ancrage territorial central de cette **gouvernance de proximité**, notamment pour l'accès aux services psychosociaux, les mécanismes d'accès en santé mentale et dépendance, le soutien à la première ligne et la coordination avec les partenaires communautaires. Cette gouvernance régionale devrait permettre de passer d'une logique de programmes isolés à une responsabilité partagée autour des trajectoires réelles des personnes. Ainsi, notre vision est cohérente avec la Politique gouvernementale sur les soins et les services en première ligne publiée en 2026.

4

Assurer des milieux hospitaliers psychiatriques sécuritaires, structurés et adaptés aux besoins cliniques des patients, et clarifier les trajectoires et les services pour les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques.

Même dans une perspective de développement des alternatives à l'urgence et à l'hospitalisation, l'hospitalisation psychiatrique demeure un service essentiel. Elle doit toutefois être réservée aux situations qui la requièrent, et se dérouler dans des milieux suffisamment dotés, sécuritaires et organisés pour offrir une évaluation, une stabilisation et une programmation clinique pertinente.

Cette recommandation devrait notamment se traduire par :

- A. Le maintien d'une programmation clinique active sur les unités psychiatriques, afin que l'hospitalisation demeure un épisode de soins structuré, orienté vers l'évaluation de situation cliniques complexes, la stabilisation, la reprise fonctionnelle et le retour dans la communauté.
- B. Le renforcement des conditions de sécurité dans les milieux psychiatriques, incluant des effectifs suffisants, une formation en désescalade et en gestion de crise, des procédures claires et des environnements physiques adaptés, incluant notamment des unités de soins intensifs psychiatriques dans les milieux recevant des patients très agités, présentant des comportements dangereux pour eux-mêmes ou autrui nécessitant une supervision étroite par des effectifs spécialisés.
- C. L'établissement d'une trajectoire provinciale claire pour les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques, en privilégiant l'évaluation et le traitement en milieu de détention ou dans des unités spécialisées adaptées, afin d'éviter la présence d'agents armés dans les unités de psychiatrie générale et de préserver des milieux thérapeutiques permettant un climat sécuritaire pour tous.

## Conclusion

Le prochain PAISM doit permettre de franchir une étape supplémentaire : passer d'une accumulation de programmes à une organisation cohérente des trajectoires en santé mentale, dans une perspective de prévention sous toutes ses formes. Les avancées des dernières années démontrent qu'il est possible de déployer rapidement des modèles efficaces lorsque les besoins sont bien définis, que le financement est protégé et que les équipes cliniques participent à la conception des solutions.

Pour l'AMPQ, les priorités sont claires : garantir l'accès aux services psychiatriques essentiels sur tout le territoire, protéger les budgets dédiés à la santé mentale et la dépendance, soutenir une gouvernance territoriale ancrée dans les milieux de proximité et assurer des milieux hospitaliers sécuritaires lorsque l'hospitalisation demeure nécessaire. Ces priorités visent un même objectif : prévenir les ruptures, éviter les hospitalisations évitables, soutenir le maintien dans la communauté et réduire les trajectoires de désaffiliation.

Les psychiatres et les équipes psychiatriques souhaitent contribuer activement à cette transformation. Leur expertise doit être mobilisée en amont, dans une logique de collaboration avec la première ligne, les services sociaux, les organismes communautaires, les partenaires municipaux, la justice, la sécurité publique et les personnes concernées.

Le Québec dispose déjà de plusieurs modèles prometteurs. Le défi du prochain PAISM sera de les consolider, de les adapter aux différentes clientèles, de les rendre accessibles partout et d'en assurer l'imputabilité. C'est à cette condition que le réseau pourra soutenir les personnes dans leur milieu de vie et répondre avec plus de cohérence aux besoins complexes en santé mentale.

## Annexes

---

## Annexe 1 : Organisation des services en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

---

### 1. Introduction

La présente annexe vise à définir un modèle organisationnel des soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en les traduisant sous forme de panier de services et de corridors de services structurants. Elle s'inscrit dans un contexte de demande croissante en santé mentale jeunesse et de rareté des ressources spécialisées, notamment en pédopsychiatrie, où une clarification des rôles et une structuration des trajectoires apparaissent essentielles.

Les soins en santé mentale jeunesse s'inscrivent dans une trajectoire de soins fonctionnelle, bien définie et structurée, connue de tous, et accessible peu importe la situation géographique, dans des délais acceptables. Une organisation bien définie, hiérarchisée et interdisciplinaire permet une utilisation optimale des ressources et une réponse adaptée à la complexité des besoins.

### Messages stratégiques

- La pédopsychiatrie devrait être utilisée comme une expertise surspécialisée en soutien à la psychiatrie, la première ligne et aux partenaires de la réadaptation, de la protection de la jeunesse, des services de proximité et du milieu scolaire.
- Les demandes de services spécifiques en santé mentale jeunesse et de services spécialisés devraient toutes cheminer par un seul et même guichet (MASM), qui déterminera selon le modèle de soins par étapes quel service donner et dans quel délai, selon les situations.
- Les équipes offrant des services jeunesse généraux, spécifiques et spécialisés doivent être suffisamment outillées en termes d'effectifs, de soutien clinique et de formation. L'offre de services doit être diversifiée et homogène dans toute la province, avec accès notamment à des psychothérapies et des évaluations neuropsychologiques.
- L'offre d'alternatives à l'hospitalisation doit être optimisée (hospitalisation à domicile, services de crise, unités d'intervention brèves dans les centres de réadaptation de la DPJ).
- Il est de la responsabilité des établissements d'assurer les soins d'hospitalisation aux moins de 18 ans et la trajectoire doit être clairement définie et connue de tous.

### 2. Contexte et enjeux

Il devient urgent de trouver des solutions pérennes pour répondre à la demande grandissante en santé mentale jeunesse en tenant compte des ressources qui sont limitées (pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent). L'organisation des soins est à revoir. Le rôle du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent dans ce système de soins est à mieux définir. Ce rôle est actuellement souvent flou pour les partenaires des autres professions et pour l'ensemble du système.

### 3. Panier de services essentiel

#### Accès et triage

- Guichet unique d'accès interdisciplinaire.
- Orientation vers le bon niveau de soins (psychosocial / médecine familiale / protection de la jeunesse / réadaptation / pédiatrie / psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).
- Recueil de données standardisé et informatisé.

#### Services de proximité (première ligne)

- Évaluation et suivi en santé mentale jeunesse pour les situations non complexes, d'intensité légères à modérée.
- Prise en charge des conditions fréquentes (TDAH, anxiété légère à modérée).
- Interventions psychosociales (CLSC, milieu familial, école, communautaire).
- Accès à professionnels non médicaux (psychologie, travail social, psychoéducation, professionnels de réadaptation)

#### Services de crise (première ligne)

- Équipes de crise adolescence-famille-enfance (type CAFE) accessibles rapidement.
- Équipe de crise à l'urgence (infirmier et travailleur social).
- Alternatives à l'hospitalisation pour les crises psychosociales.

#### Services spécialisés (deuxième ligne)

- Évaluation diagnostique spécialisée.
- Expertise pédopsychiatrique :
  - Évaluation de cas complexes
  - Plans de traitement spécialisés
  - Rôle de soutien (médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP), téléconsultation)

- Suivi interdisciplinaire pour les cas modérés à sévères.
- Consultation et soutien aux cliniciens de première ligne.
- Suivis intensifs ambulatoires (hebdomadaires si requis)
- Intervention circonscrite dans le temps.
- Équipe interdisciplinaire complète
  - Psychologue, neuropsychologue, psychoéducateur, travailleur social.
  - Infirmier, ergothérapeute, orthophoniste, nutritionniste
- Alternatives à l'hospitalisation
  - Suivi intensif ambulatoire
  - Hôpital de jour
  - Hospitalisation à domicile
  - Ressources intermédiaires (exemples: milieux d'hébergement des CRDI et de la DPJ)
- Hospitalisation (indication restreinte)
  - Évaluation et stabilisation des cas sévères
  - Durée courte
  - Objectifs ciblés (diagnostic et stabilisation)

### Corridors de services

- Corridors verticaux
  - Première ligne → deuxième ligne → surspécialisé (troisième ligne)
  - Retour vers la première ligne après stabilisation
  - Épisodes de soins circonscrits
- Corridors interrégionaux
  - Accès fluide aux centres spécialisés
  - Transferts hospitaliers structurés
  - Trajectoires connues de tous
- Corridors interdisciplinaires
  - Services généraux Jeune en difficulté
  - Services spécifiques santé mentale jeunesse
  - Pédiatrie
  - Protection de la jeunesse
  - Réadaptation
  - Scolaire
  - Dépendance
  - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Corridors de soutien clinique
  - Modèle MSRP
  - Téléconsultation / téléexpertise
  - Communautés de pratique

### Leviers structurants transversaux

- Transfert de connaissances (formation, supervision, co-gestion)
- Outils numériques (télépsychiatrie, collecte de données, dossier électronique)
- Interdisciplinarité réelle et pratiques fondées sur les données probantes
- Rééquilibrage du système (renforcement première et deuxième lignes)

## 4. Recommandations

### 4.1 Le MASM : une porte d'entrée efficace et adaptée, avec équipe multidisciplinaire dédiée.

- Facilite le travail des référents.
- Permet au patient d'être orienté vers le bon service, adapté à sa situation.

### 4.2 Organisation des trajectoires

- Formalisation des trajectoires de soins par niveau.
- Clarification des rôles des acteurs.

### 4.3 Renforcement des services de proximité et des services spécialisés

- Équipes suffisamment dotées, formées et soutenues.
- Offre de service diversifiée (neuropsychologie, psychologie, psychoéducation, travail social, ergothérapie, orthophonie, nutrition) et homogène à travers la province.

**4.4 Renforcement des soins d'urgence**

- Équipes psychosociales dans toutes les urgences où il se fait de l'évaluation en psychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (enjeux suicidaires, hétéro-agressifs, détresse relationnelle aigue, absentéisme scolaire, etc...).
- Optimiser l'offre d'alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, services de crise, unités d'intervention brèves dans les centres de réadaptation de la DPJ).

**4.5 Renforcement du rôle MSRP**

- Soutien à la première ligne.
- Soutien aux partenaires et collaborateurs.
- Soutien aux régions dépourvues de psychiatre et de l'adolescent
- Structurer l'offre à l'échelle de la province.

**4.6 Transferts interhospitaliers**

- Standardisation des critères de transfert.
- Coordination provinciale des lits.

## Annexe 2 : Organisation des services en gérontopsychiatrie

### 1. Introduction

La présente annexe vise à définir un modèle organisationnel structuré, hiérarchisé et intégré à travers le continuum de services en santé mentale pour les aînés du Québec.

Elle s'inscrit dans une perspective de responsabilité populationnelle, de continuité des trajectoires, d'intégration de la complexité biopsychosociale inhérente à la personne âgée, et la collaboration étroite entre les secteurs de santé mentale et de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

#### Messages stratégiques

La première ligne doit devenir le pivot des soins en gérontopsychiatrie.  
 L'intégration SAPA–santé mentale doit être formalisée avec imputabilité partagée.  
 Le problème d'accès pour la zone grise des cas TNC/psychiatrie est une priorité.  
 Les alternatives à l'hospitalisation doivent être adaptées aux aînés.  
 L'accès aux services psychiatriques doit être garanti sans discrimination liée à l'âge.  
 Équipes multidisciplinaires dédiées sont nécessaires pour faire face à la vague démographique.  
 Tout service doit viser idéalement le maintien à domicile.

### 2. Contexte et enjeux

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation marquée des besoins en santé mentale chez les aînés, avec une complexité clinique accrue liée :

- aux troubles neurocognitifs (TNC);
- aux comorbidités médicales;
- aux troubles psychiatriques persistants ou d'apparition tardive; et
- aux vulnérabilités psychosociales (isolement, itinérance, perte d'autonomie).

Actuellement, plusieurs enjeux structurants limitent la réponse du système :

- trajectoires de soins mal définies, avec recours excessif à la surspécialité;
- sous-développement de la première ligne adaptée aux aînés;
- fonctionnement en silos entre santé mentale et SAPA;
- zone grise persistante entre psychiatrie, gériatrie et prise en charge des TNC;
- accès inéquitable aux programmes de psychiatrie, incluant les alternatives à l'hospitalisation;
- inadéquation des services pour les aînés en situation de dépendance ou d'itinérance;
- effets systémiques de l'âgisme, affectant l'accès et l'intensité des services.

En bref, les modèles de soins ne permettent pas d'assurer une intégration optimale des dimensions biopsychosociales des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale. L'organisation des soins doit être solide pour que l'augmentation d'effectifs, inévitable dans les années à venir, soit pertinente et adaptée.

Les mesures proposées visent à mettre en place des soins intégrés à travers la trajectoire des patients âgés avec trouble de santé mentale, visant à améliorer la continuité, l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale pour les personnes âgées en situation de complexité.

### 3. Panier de services essentiel

#### Services de proximité (première ligne)

- Trajectoire de soins aux aînés bien identifiée, débutant en première ligne
- Détection, évaluation et suivi des troubles mentaux courants et de la dépendance
- Première ligne adaptée aux aînés :

- Dépistage cognitif et fonctionnel systématique
- Interventions adaptées aux aînés (approches simplifiées, rythme adapté, groupes dédiés)
- Inclusion systématique des proches aidants
- Collaboration étroite avec SAPA (soutien à domicile)  
Équipes interdisciplinaires dédiées, pouvant être mobiles à travers les milieux à développer.
- Soutien structuré par psychiatre répondant, dans les MASM, et les GMF.

#### **Services spécialisés (deuxième ligne)**

- Évaluation et traitement de cas médicaux complexes, intégrant comorbidités médicales et cognitives.
- Services du psychiatre généraliste pour les aînés, ou du gériopsychiatre pour cas plus complexes.
- Soutien aux équipes de gériatrie pour les cas avec TNC prédominant.
- Accès à des équipes multidisciplinaires, avec rôle central de l'infirmière pivot.
- Épisodes de soins visant la stabilisation, le retour en première ligne, le maintien à domicile.
- Accès équitable et adapté pour les aînés aux programmes SIM, SIV, TIBD, ABC, permettant de répondre aux enjeux émergents (TNC léger, comorbidité physique, dépendance, enjeux sociaux et de réadaptation spécifiques).
- Ressources d'hébergement et d'hospitalisation en santé mentale aussi adaptées aux réalités des aînés vieillissants.

#### **Services surspécialisés en gériopsychiatrie (troisième ligne)**

- Prise en charge des cas complexes en gériopsychiatrie, en externe ou à l'hospitalisation.
- Consultations et collaboration avec les services de gériatrie pour les cas complexes avec trouble neurocognitif majeur.
- Consultation téléphonique, téléconsultation ou à domicile dans les milieux de soins (comme à domicile, en RI, en MDA ou en CHSLD) avec l'aide d'une équipe multidisciplinaire.
- Dans les milieux spécialisés, alternatives à l'hospitalisation à vocation gériopsychiatrique (comme un TIBD géronto).
- Soutien aux régions déficitaires, par la discussion (MSRP avec psychiatres, gériatres ou omnipraticiens), téléconsultation, consultation directe.
- Mise en place de communautés de pratique.
- Unités surspécialisées : hospitalisation en gériopsychiatrie, unités d'évaluation SCPD.
- Hébergement spécialisé : unités de gériopsychiatrie pour cas complexes.

#### **Dépendance et itinérance**

- Développement des ressources communautaires pour des services mieux adaptés et plus attractifs pour les aînés (soutien à domicile, implication d'infirmière ou de pharmacien communautaire, groupes dédiés en dépendance).
- À encourager : développement d'équipes surspécialisées (équipes mobiles communautaires en gériopsychiatrie, cliniques surspécialisées).

### **4. Recommandations pour la santé mentale des aînés**

#### **4.1 Le MASM : une porte d'entrée efficace et adaptée, avec équipe multidisciplinaire dédiée**

- Développement de soins adaptés à la clientèle âgée dès le MASM, en améliorant la formation, l'approche adaptée, et l'utilisation d'outils et d'équipement approprié
- Au fil de l'émergence des besoins, bonification par une équipe multidisciplinaire incluant :
  - infirmières pivot,
  - IPS en santé mentale,
  - travailleuse sociale,
  - éducateur spécialisé, psychologue
- Décrite dans la littérature comme l'équipe mobile communautaire en gériopsychiatrie (référence 2), suivra le modèle défini en 5.2 et pourra se déplacer pour répondre aux besoins de la clientèle.

#### **4.2 Organisation intégrée SAPA- santé mentale**

Le modèle proposé repose sur une intégration fonctionnelle avec imputabilité partagée (référence 1):

- équipes conjointes SAPA-santé mentale
- cogestion clinique des cas complexes
- plan de soins unique, dossier unique
- proximité organisationnelle et gouvernance commune

#### **4.3 Adaptation des soins de santé mentale, dépendance et itinérance, pour les aînés**

- Adapter tout programme ou hébergement de la DSMDI aux réalités des aînés, avec les soins requis et sans critère d'exclusion discriminatoire.

#### **4.4 Favoriser des soins pour une clientèle en émergence souvent négligée partout au Québec:**

La zone grise du TNC bien installé et symptômes psychiatriques complexes.

On peut simplifier la prise en charge du TNC actuellement de la façon suivante :

SITUATION	RESPONSABILITÉ
Composante psychiatrique avec trouble cognitif léger	Médecine première ligne, MASM, psychiatrie
TNC installé, SCPD jusqu'à modérés	SAPA, gériatrie, équipes SCPD
Composante gérontopsychiatrique (ex. psychose sévère, refus de soin, danger) chez TNC bien installé	À qui la responsabilité ?

- Le risque est l'usage excessif de l'hospitalisation et de la P-38.
- Favoriser la formation d'équipes intégrées et d'intensité suffisante santé mentale et de SAPA.
- Adapter les ressources d'alternatives à l'hospitalisation à cette clientèle, comme le TIBD avec le support de SAPA.

#### 4.5 Renforcement des soins surspécialisés

- Réserver les équipes à la complexité, et renforcer les équipes multidisciplinaires
- Développer de corridors de services officiels pour soutien aux régions incluant téléconsultation, soutien téléphonique, consultation directe, communautés de pratique.

1 Sous-comité SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement. (2025). Rapport de propositions : Soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et présentant des problèmes de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance.

2 MacCourt P., Wilson K., Tourigny-Rivard M-F.

Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens. Calgary (AB) : Commission de la santé mentale du Canada ; 2011.

### Annexe 3 : Structurer l'hébergement en santé mentale : aligner l'offre aux besoins et assurer l'imputabilité des trajectoires

#### 1. Introduction

Cette annexe précise les enjeux liés à l'hébergement en santé mentale et soutient la recommandation 1 du mémoire, qui vise à organiser les services autour de trajectoires cliniques adaptées aux besoins des différentes clientèles.

#### 2. Constats

Le système actuel de santé mentale fait face à une tension importante liée à l'hébergement.

D'une part, plusieurs personnes occupent des lits hospitaliers sans nécessiter de soins actifs, faute d'alternative d'hébergement adaptée à leurs besoins. D'autre part, un nombre croissant de personnes vivant avec des troubles mentaux se retrouvent en situation d'itinérance, sans accès à une ressource correspondant à leurs besoins.

Ces deux réalités traduisent un problème fondamental d'adéquation entre les besoins fondamentaux des personnes et l'offre d'hébergement disponible. Plusieurs données canadiennes suggèrent qu'une proportion significative des patients hospitalisés en psychiatrie demeurent en attente d'une ressource d'hébergement, illustrant un problème structurel entre les besoins et l'offre disponible.

#### 3. Analyse

Le problème actuel ne se limite pas à un manque de ressources, mais reflète une organisation du système qui ne permet pas d'ajuster l'offre d'hébergement à la diversité et à l'évolution des besoins.

En pratique, les trajectoires ne sont pas structurées en fonction des profils des usagers, ce qui entraîne des situations de mésappariement : certaines personnes se retrouvent dans des milieux trop intensifs, comme l'hôpital, alors que d'autres n'accèdent à aucune ressource malgré des besoins importants.

Ce désalignement est particulièrement marqué pour certaines populations, notamment les personnes présentant des troubles concomitants incluant la consommation, pour lesquelles l'offre demeure limitée ou difficilement accessible.

En l'absence de mécanismes clairs pour assurer l'adéquation entre les besoins et les milieux de vie, ces situations persistent et contribuent à une utilisation inefficace des ressources, à des hospitalisations évitables et à une dégradation des trajectoires cliniques.

#### Constats principaux

##### 1. L'hébergement doit être structuré comme un système.

Les analyses de gouvernance démontrent que l'absence de cadre structuré et de responsabilités clairement définies entraîne une fragmentation des services, une variabilité de la qualité et une inefficience globale.

##### 2. Les milieux d'hébergement doivent intégrer une composante clinique réelle.

Les meilleures pratiques internationales convergent vers des modèles reposant sur des équipes interdisciplinaires, une présence clinique dans les milieux et une évaluation continue des besoins.

##### 3. Le milieu de vie constitue un déterminant central des trajectoires de soins.

Les modèles intégrant logement et soutien démontrent que l'accès à un milieu adapté améliore la stabilité clinique, réduit les hospitalisations et diminue les coûts du système. Ces données confirment que l'hébergement constitue une composante intrinsèque des soins en santé mentale.

#### 4. Recommandations spécifiques

##### 1. Réaliser une analyse rigoureuse et structurée des besoins

Mettre en place une analyse systématique des besoins en hébergement en santé mentale, basée sur les trajectoires réelles des usagers, incluant les personnes

- en attente d'une ressource;
- hospitalisées de façon prolongée sans indication de soins actifs;

- en situation d'itinérance;
- non rejointes par les services.

Une attention particulière devra être portée aux populations actuellement mal desservies, notamment

- les personnes présentant des troubles concomitants, incluant les troubles liés à l'utilisation de substances;
- les personnes sous régime médico-légal ou ayant eu des comportements violents;
- les personnes âgées et celles présentant des troubles cognitifs et des troubles de santé mentale;
- les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme associée à des troubles de comportement, des troubles psychiatriques ou de la personnalité.

Ces populations concentrent une proportion importante des situations de blocage du système et doivent être au cœur de la planification.

## 2. Développer une offre d'hébergement alignée sur les profils de besoins

Structurer une offre d'hébergement en santé mentale qui soit cohérente, flexible et capable de s'adapter à la diversité des profils de besoins, incluant les situations complexes et évolutives. Une attention particulière aux personnes allophones ou ne parlant pas français, de groupe ethnoculturels minoritaires, les personnes autochtones et les jeunes ont souvent des besoins particuliers, notamment en termes d'apprentissage des AVD, AVQ et gestion des émotions.

L'objectif n'est pas uniquement de multiplier les types de ressources, mais d'assurer une adéquation réelle entre les besoins des personnes et les caractéristiques des milieux de vie offerts, peu importe leur forme.

## 3. Intégrer les soins aux milieux d'hébergement

Développer des milieux d'hébergement intégrant une composante clinique réelle, reposant sur :

- une approche interdisciplinaire;
- la présence de professionnels en santé mentale et dépendance;
- une évaluation continue des besoins;
- une planification individualisée des soins.
- des conditions favorisant l'autonomie et la participation des usagers.

En lien avec l'axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 les équipes de proximité peuvent également permettre le maintien en hébergement en favorisant l'accès à des soins dans le milieu de vie, incluant à domicile et en ressources d'hébergement.

Cette composante clinique doit aussi inclure la formation et le soutien continu des équipes œuvrant en hébergement, afin qu'elles puissent accompagner adéquatement les personnes présentant des troubles liés à l'utilisation de substances, une sortie d'itinérance, des enjeux médico-légaux ou des besoins psychiatriques et psychosociaux complexes.

## 4. Mettre en place une imputabilité explicite des trajectoires

Mettre en place une imputabilité explicite des trajectoires d'hébergement en santé mentale de façon à ce que les personnes ne se retrouvent plus hospitalisées en raison d'un problème d'hébergement.

Cette imputabilité devra porter sur :

- l'accès à un milieu de vie adapté;
- la continuité des trajectoires;
- l'adéquation entre les besoins et les ressources disponibles.

L'hôpital ne peut constituer un milieu de vie par défaut.

## 5. Conclusion

Le problème actuel de l'hébergement en santé mentale ne relève pas uniquement d'un manque de ressources, mais d'un défaut de structuration du système.

Sans une analyse rigoureuse des besoins et sans une imputabilité claire des trajectoires, le système continuera :

- à hospitaliser des personnes pour des raisons non médicales;

- à laisser d'autres sans accès à un milieu de vie adapté;
- à générer des coûts importants pour des résultats insuffisants.

Structurer l'hébergement comme une composante intégrée des soins constitue une condition essentielle pour améliorer l'efficacité du système et la qualité des trajectoires en santé mentale.

**Références :**

Poh, L., Tan, S. Y., & Lim, J. (2021). Governance of assisted living in long-term care: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11352.

Zimmerman, S., Sloane, P. D., Wretman, C. J., Cao, K., Silbersack, J., Carder, P., ... & Van Haitsma, K. (2022). Recommendations for medical and mental health care in assisted living based on an expert delphi consensus panel: a consensus statement. *JAMA network open*, 5(9), e2233872.

Sosnowski, A., Ravazolli Martins, M., Latimer, E. A., Sirotych, F., Woodhall-Melnik, J., Kerman, N., & Stergiopoulos, V. (2025). High support housing for people with serious mental illness in Canada: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1612516.

Taylor, T. L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W., ... & King, M. B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC psychiatry*, 9(1), 55.

R3 Report Issue 10: Housing Support Services Standards for Behavioral Health Care. Joint Commission (2017). 2017. The Joint Commission.