

Une assurance autonomie sans privilège et sans discrimination- inclure les personnes avec troubles mentaux graves et persistants et leurs familles

Mémoire du Dr Alain Lesage
présenté à la Commission de la santé
et des services sociaux
Le 20 novembre 2013

Alain Lesage MD, M Phil, FRCP (c)
alesage@ssss.gouv.qc.ca
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Définition et besoins des personnes avec troubles mentaux graves et persistants	5
3. Enjeux systémiques pour une réforme des services - le rôle crucial des utilisateurs et leurs familles.....	9
4. Modélisation des types de services requis et leurs coûts dans un système équilibré de santé mentale.....	13
5. Des travaux préparatoires précédant la mise en place de l'assurance autonomie des personnes avec troubles mentaux graves et persistants	17
6. Recommandations.....	20

1. Introduction

Dans son mémoire « L'autonomie pour tous : Livre blanc sur la création d'une assurance », présenté à cette commission parlementaire, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) recommande « Que le régime d'assurance autonomie couvre toutes les personnes dont l'état de santé et les incapacités nécessitent la disponibilité de mesures de soutien à l'autonomie dans une perspective de long terme (plus de trois mois), incluant les enfants et les personnes ayant des troubles graves de santé mentale. » En effet, les personnes ayant un trouble mental grave et persistant associé à une grave perte d'autonomie ne sont pas incluses dans le projet de création d'une assurance autonomie. Pour l'avoir côtoyé comme collègue et citoyen, je crois que le Dr Denis Lazure aurait sans doute été en accord avec la recommandation de l'OPHQ, dont il a été le président. Également artisan du règlement entre l'état québécois et les Enfants de Duplessis, le Dr Lazure avait signé le rapport Bédard, Lazure et Roberts qui allait lancer au début des années soixante la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques et le développement des soins psychiatriques communautaires.

Malgré les espoirs d'enrayer la perte d'autonomie accélérée par l'institutionnalisation et le fait que la majorité des personnes avec des troubles mentaux graves vivent maintenant dans la communauté, un petit nombre de personnes doivent être soutenues par des services hospitaliers de longue durée et des services résidentiels supervisés ou par des services de soins à domicile intensifs pour ne pas glisser vers plus de chronicité dans des institutions ou dans leurs milieux de vie naturels, vers l'itinérance ou vers le système judiciaire où on retrouve actuellement trop de personnes avec des troubles mentaux graves et persistants. La situation au Québec est comparable à celle qui existe dans d'autres juridictions canadiennes et dans d'autres pays dotés d'un système de santé et de services sociaux publics comme celui du Québec.

L'analyse la plus répandue expliquant cette situation est qu'au fil des décennies, le budget relatif à la santé mentale a décliné continuellement, empêchant de financer à juste hauteur les services de soutien dans la communauté¹. Le ministre Dr Réjean Hébert indiquait il y a deux semaines que, depuis l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et malgré une priorité donnée à la santé mentale, son budget relatif dans les programmes du MSSS était passé de 5.9 % à 5.4 %.

En incluant les personnes avec troubles mentaux graves et persistants qui présentent des handicaps importants sur le plan de leur autonomie dans la création d'une assurance autonomie, l'objectif, cité dans le mémoire du Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap, est le même que pour les personnes avec déficience intellectuelle gravement handicapées, soit « que toutes les personnes handicapées soient intégrées dans la société et que l'aide dispensée repose sur le respect individuel, le choix et le contrôle de son

¹ Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité. Copenhague, Organisation mondiale de la santé. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/74712/E85238.pdf

mode de vie, la participation absolue à la société et l'accompagnement en vue de maximiser son indépendance ». ² De façon intéressante, deux des auteurs, Pr Martin Knapp et Pr Jennifer Beecham, sont des économistes de la santé : le premier est détenteur d'une chaire en économie de la santé mentale à l'Institut de psychiatrie de Londres et la seconde nous a entretenu au Québec de l'expérience britannique d'assurer un montant d'argent protégé lié à la personne désinstitutionnalisée en psychiatrie ³. Vue selon cette perspective, l'assurance autonomie pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants permettrait d'accroître le financement global et de l'orienter vers le développement des services de soutien à domicile, selon les mêmes orientations du plan québécois de soutien à domicile : Le premier choix, chez soi.

A titre de professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, chercheur sur les services et en santé publique depuis plus de 25 ans à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (autrefois Hôpital Louis-H. Lafontaine), fils de la Révolution tranquille, du service public et de la révolution psychiatrique des années soixante, je voudrais ici soutenir la recommandation de l'OPHQ et l'éclairer des résultats de travaux récents et à venir autour des éléments suivants :

- i) la définition, le nombre et les besoins des personnes avec troubles mentaux graves;
- ii) les enjeux systémiques de gouvernance, de financement et de contrôle de la qualité des interventions et des services, avec l'accent mis sur le rôle-clef des familles et des personnes utilisatrices dont le choix guiderait les services à offrir;
- iii) la modélisation, sur une base populationnelle du décompte, de la diversité des services requis et de leurs coûts pour évaluer l'ordre de grandeur de l'enveloppe budgétaire de l'assurance autonomie pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants;
- iv) les travaux préparatoires qui devront être menés précédant la mise en place de l'assurance autonomie des personnes avec troubles mentaux graves et persistants, en visant un horizon de 2017, à la suite de celle proposée par le livre blanc pour des personnes âgées en perte d'autonomie en 2014, pour des personnes handicapées physiquement en 2015, et pour celles avec retard mental et troubles envahissants du développement en 2016.

² Mansell, Knapp, Beadle-Brown et Beecham, La désinstitutionnalisation et les services de proximités-coûts et résultats : Rapport d'étude européenne, Volume 1 : Note de synthèse, 2007, p.13.

³ Beecham J., Lesage A. D. Leçons britanniques d'un transfert de ressources : le système de dotation par patient. *Santé mentale au Québec*. 1997; 22(2): 170-194. PubMed PMID: 9534583.

2. Définition et besoins des personnes avec troubles mentaux graves et persistants

La proposition suivante est tirée d'un livre sur l'épidémiologie psychiatrique au Canada, auquel j'ai contribué par un chapitre sur le sujet⁴.

Tableau 1 Proposition pour définir, compter et établir les besoins des personnes avec troubles mentaux graves parmi les personnes avec troubles mentaux dans la population chaque année					
	Proportion dans la communauté	Services responsables	Diagnostics	Handicap	Durée
I. Grave et persistant	0.5 %	Spécialisés	Psychoses	Grave et persistant	À vie
II. Grave	1.0 %	Spécialisés avec soins primaires	50 % psychoses non affectives/troubles bipolaires et 50 % autres troubles mentaux	Grave	chronique aiguë
III. Important	3.5 %	Soins primaires avec spécialisés	Troubles mentaux avec co-morbidité d'autres troubles mentaux ou de substances	Important	Aiguë et chronique
IV. Modéré	10 %	Soins primaires	Anxiété, dépression, TDAH, abus des substances	Modéré à léger	Épisodique
V. Léger	15 %	Soins primaires/santé publique	Anxiété, dépression, TDAH, abus des substances; troubles d'adaptation/détresse psychologique	Léger à inexistant	Transitoire, mais à risque

Parmi les quelques 20 à 25 % des personnes avec des troubles mentaux à chaque année, seulement une petite fraction souffre de troubles mentaux graves, et celles que nous retiendrons comme souffrant de troubles mentaux graves et persistants représentent 0.5 % de la population. Une autre façon d'illustrer ces chiffres est de considérer le territoire de desserte d'un CSSS ou d'une petite ville de 100 000 habitants : près de 20 000 personnes y

⁴ Lesage A. D. Chapter 8: Contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill. In: Cairney J., Streiner D. L., (Eds). *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*. Toronto (Canada) : University of Toronto Press; 2010 Jun. p. 144-169.

présentent un trouble mental dans l'année, et 500 présenteraient un trouble mental grave et persistant.

Les troubles mentaux comprennent les troubles mentaux courants comme l'anxiété, la dépression, les troubles avec les substances et, chez les enfants notamment, le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH). Les troubles mentaux peuvent être transitoires, épisodiques ou chroniques avec des exacerbations aiguës. Les troubles psychotiques, comme la schizophrénie, sont plus rares même s'ils constituent le principal diagnostic des troubles mentaux graves et persistants. La schizophrénie est bien connue pour ses manifestations de délires et d'hallucinations, moins pour le syndrome négatif caractérisé par des symptômes d'hypoactivité, de retrait, de manque de motivation, et moins encore pour les déficits cognitifs qui touchent non pas l'intelligence, mais l'attention, des dimensions de la mémoire et la capacité d'organisation. Les handicaps à la vie autonome dépendent probablement plus de la gravité des déficits cognitifs.

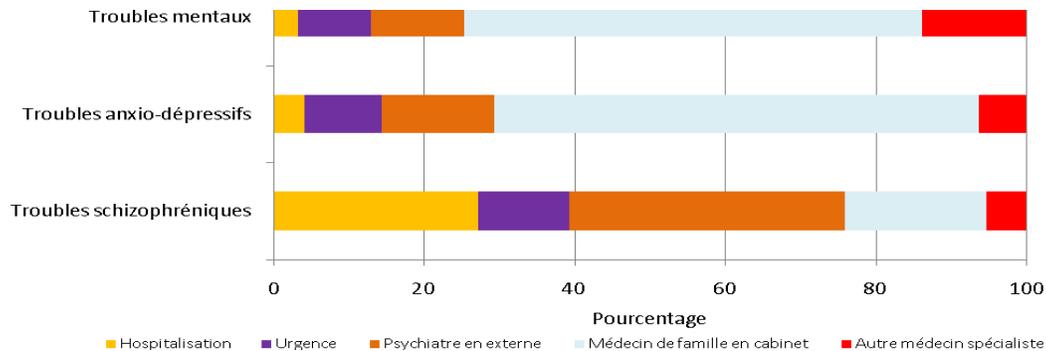
La plupart des personnes avec des troubles mentaux sont traitées par les services de soins primaires - les médecins de famille - alors que les services spécialisés sont impliqués dans les épisodes aigus des troubles mentaux courants et dans les troubles mentaux graves.

La proposition ici avancée de la responsabilité des services psychiatriques pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants représente aussi la situation de fait au Québec dans le premier rapport sur les troubles mentaux de l'unité de surveillance des maladies chroniques et leurs déterminants de l'INSPQ⁵. Ce rapport révèle que près de 12 % de la population du Québec a été traitée pour un trouble mental dans l'année par les services médicaux du système public québécois : la grande majorité pour des troubles anxio-dépressifs - près de 10 % de la population adulte - et une minorité pour des troubles schizophréniques - 0,4 % de la population.

Le graphique suivant (Figure1), tiré de ce premier rapport, montre que les médecins de famille traitent seuls la majorité des personnes avec troubles mentaux courants, alors que les services spécialisés (hospitalisation, urgence psychiatrique et psychiatre en ambulatoire) suivent la grande majorité des personnes avec troubles mentaux graves comme la schizophrénie, même si les médecins de famille sont impliqués dans plus de la moitié de ces cas, sinon plus.

⁵ Lesage A. D., Émond V. *Numéro 6 : Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec (Québec) : Institut national de santé publique du Québec, 2012 Dec 18. Rapport No. : ISBN : 978-2-550-66505-2 (PDF). http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf

Figure 1 Profil hiérarchique d'utilisation des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles mentaux, de troubles anxio-dépressifs et de troubles schizophréniques, Québec, 2009-2010⁶



Où se retrouvent les personnes avec troubles mentaux graves et persistants avec leurs graves pertes d'autonomie?

- i) Dans les lits de longue durée des hôpitaux psychiatriques;
- ii) Dans les lits de courte durée des unités d'hospitalisation psychiatriques des hôpitaux généraux;
- iii) Dans des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD);
- iv) Dans les ressources résidentielles supervisées;
- v) Avec leur famille ou dans leur appartement avec un suivi d'intensité variable ou intensif en équipe;
- vi) En prison;
- vii) Dans la rue.

On peut établir la situation de fait, et surtout les besoins des cinq (5) premiers types de ressources, dans la proposition contenue dans l'éditorial à paraître dans la Revue canadienne de psychiatrie en 2014 (document en annexe) et dans la modélisation du décompte et des coûts qui sera présentée plus loin. Résumons simplement que par 100 000 habitants, au Québec : i) le nombre de lits de longue durée est d'environ 15; ii) le nombre de places en CHSLD est de 20; iii) le nombre de places en ressources résidentielles est de 120; iv) le tiers des places requises en suivi intensif en équipe et en suivi d'intensité variable serait actuellement financé et pourvu au Québec. Pour la prison, le jumelage des données judiciaires et de la santé ont permis au chercheur de l'école de criminologie de Montréal, Denis Lafortune⁷, d'établir que 6 % de la population carcérale souffre d'un trouble schizophrénique et 7 % d'autres psychoses non affectives. Pour l'itinérance, la dernière étude disponible à Montréal montrait que la majorité des personnes souffrait de troubles mentaux, dont l'abus de substances, et que près du quart pourrait souffrir de trouble mental grave comme les psychoses. De plus, ces personnes

⁶ Lesage et Émond, 2012, op.cit.

⁷ Lafortune D. Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *Int J Law Psychiatry*. 2010 Mar-Apr; 33(2): 94-100. PubMed PMID: 20079534.

demeuraient en contact avec les services de santé de façon importante, tant pour des problèmes de santé physique que pour les troubles mentaux.⁸

Au-delà des milieux de soins ou autres où elles se retrouvent, **quelles sont les interventions requises, reconnues efficaces dans un programme intégré de traitement et de réadaptation?** Elles peuvent être divisées en quatre :

- i) la médication antipsychotique;
- ii) la psychothérapie (ex. : la psychothérapie pour réduire la détresse associée aux délires ou aux hallucinations);
- iii) les interventions psychosociales (ex. : le programme IPT pour réduire les déficits cognitifs⁹ ou le programme IPS pour soutenir l'emploi¹⁰);
- iv) la gestion thérapeutique des autres maladies chroniques.

Malheureusement, des études américaines et européennes sur la qualité des soins pour les personnes avec troubles schizophréniques, y compris dans des secteurs modèles, montrent que le besoin de médication antipsychotique est bien comblé, mais que les interventions psychosociales sont déficitaires, faute de financement, de stratégies de formation et d'implantation.¹¹

Les personnes avec une maladie schizophrénique ont une espérance de vie réduite de 10 ans par rapport à la population générale du Québec¹². Comme observées aux États-Unis et en Europe, les principales causes de décès évitables sont les mêmes que pour la population générale pour les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Les mêmes facteurs de risque sont en jeu - tabagisme, sédentarité, alimentation, pauvreté - auxquels s'ajouterait une discrimination dans l'accès aux interventions de prévention ou de traitements spécialisés. Dans tous les cas, il est prôné une meilleure liaison et suivi par les médecins de famille, avec une approche de gestion thérapeutique des maladies chroniques, et le patient partenaire de soins, cette approche maintenant enseignée dans nos facultés de médecine.¹³

⁸ Bonin JP, Fournier L, Blais R, Perreault M, White ND. Health and mental health care utilization by clients of resources for homeless persons in Quebec City and Montreal, Canada: a 5-year follow-up study. *JBehavHealthServRes*. 2010 Jan; 37(1): 95-110. PubMed PMID: 19641996

⁹ Briand C., Reinharz D., Lesage A. D., Nicole L., Stip E., Lalonde P., Villeneuve K., Planet-Sultan S. L'implantation au Québec de l'Integrated Psychological Treatment (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après. *Santé mentale au Québec*. 2010 Fall; 35(2): 145-162. PubMed PMID: 21761090

¹⁰ Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, et al., Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013 Feb; 12(1): 60-68. PubMed PMID: 23471803

¹¹ Briand C, Menear M, Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: Part 2—Review of critical implementation issues. *Can J Psychiatry* (sous presse vers avril 2014).

¹² (Lesage et Émond, 2012; op.cit.).

¹³ Bureau facultaire du patient partenaire de soins, Faculté de médecine, Université de Montréal. http://www.med.umontreal.ca/faculté/bureau_facultaire_expertise_patient_partenaire/index.html

3. Enjeux systémiques pour une réforme des services - le rôle crucial des utilisateurs et leurs familles

Dans l'éditorial accompagnant un futur numéro de la revue canadienne de psychiatrie en 2014 portant sur les services tertiaires pour les personnes avec troubles mentaux graves (version en annexe), je revois les enjeux systémiques d'une réforme des services de santé mentale pour mieux répondre aux besoins. Les dimensions de gouvernance, de financement, de formation et d'évaluation sont discutées. Pour le financement, les besoins sont modélisés et seront repris plus en détail dans la section suivante de ce mémoire. On y lit en conclusion :

« Notre meilleure proposition est l'établissement dans chaque région administrative de santé et de services sociaux d'un centre régional de réadaptation psychiatrique basé sur le modèle des centres régionaux de réadaptation en déficience intellectuelle au Québec. Ces centres exerceraient un leadership clinique et de gestion des ressources pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants, couvrant la plupart des services psychiatriques que sont l'hospitalisation de longue durée (et ses équivalents fonctionnels), les services résidentiels, le suivi intensif en équipe ou d'intensité variable (c'est-à-dire les services de maintien à domicile), les centres de jour et les interventions psychosociales, dont occupationnelles, basées sur des preuves requises par ces personnes. Ce suivi se ferait en collaboration avec les équipes de psychiatrie communautaire du territoire, lesquelles ont aussi une responsabilité pour les autres personnes avec troubles mentaux graves et pour les soins partagés avec les soins primaires pour les personnes avec des troubles mentaux courants. Le suivi serait assuré aussi avec les services spécialisés des dépendances qui au Québec sont présents dans chaque région avec leurs équipes et programmations gérées par leurs centres de réadaptation des dépendances.

La population cible des personnes avec troubles mentaux graves et persistants représente environ 500 patients par 100 000 habitants (avec un éventail de 250-750 par 100 000 habitants pour tenir compte des besoins plus importants dans les secteurs à haut niveau de défavorisation sociale et matérielle, ou dans les grands centres urbains)¹⁴. Ces centres régionaux de réadaptation psychiatrique devraient contrôler l'accès à leurs services, être financés adéquatement et garder le lien avec les équipes psychiatriques communautaires de secteur, alors que les patients, dans leur trajectoire de rétablissement de leur autonomie et de leur réinsertion sociale, peuvent requérir une moins grande intensité de services, mais une continuité du suivi spécialisé.

Ces centres régionaux de réadaptation psychiatrique devraient être soutenus au niveau provincial par un centre d'assistance technique en réadaptation, avec les fonctions de soutenir l'implantation, la formation et l'évaluation de la qualité des interventions ou programmes de réadaptation, sous la gouvernance de la direction de la santé mentale ou l'équivalent dans le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le MSSS devrait assurer le financement adéquat de ces services dans chaque région.

¹⁴ Wing, J K. *Epidemiologically-based mental health needs assessment*. Research Unit, Royal College of Psychiatrists, 1992.

De tels centres provinciaux ont fonctionné avec succès en Ontario avec un financement adéquat et le déploiement d'équipes de suivi intensif en équipe (équipes PACT) au début des années 2000; et au Québec, depuis 2005, le MSSS a mis en place son Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour soutenir l'implantation, la formation et l'amélioration continue de la qualité des équipes de suivi intensif en équipe et de soutien d'intensité variable. Nous proposons d'ajouter à la gouvernance de ces centres provinciaux et régionaux, les représentants des familles et des personnes utilisatrices, comme en Israël et comme suggéré dans les meilleures stratégies d'implantation.¹⁵ [...] Une gouvernance et un financement adéquats représentent, avec la formation et l'évaluation continues, les principaux obstacles à des systèmes de qualité partout au pays. Des systèmes qui pourraient assurer aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, et leurs familles, où qu'ils se trouvent dans les services existants ou dans la rue ou nos prisons, des soins efficaces, des services de réadaptation efficaces partout au pays, dans leur cheminement vers le rétablissement et la pleine participation citoyenne ». ¹⁶

Un système mené par les personnes utilisatrices et leurs familles.

À travers les valeurs d'espoir, de reprise de pouvoir, de rétablissement et maintenant de la pleine citoyenneté, le secteur de la réadaptation psychosociale et psychiatrique est passé d'un système mené par les services hospitaliers à un système centré sur l'utilisateur toujours plus professionnalisé, et devrait passer à un système mené par l'utilisateur. Quand on évalue les besoins en ressources résidentielles des personnes avec troubles mentaux graves et persistants qui y séjournent, les intervenants jugent que plus de personnes auraient besoin d'y être maintenues, alors que la majorité des personnes, mais pas toutes, préféreraient un logement autonome de leur choix avec services de soutien à domicile¹⁷. Cette situation n'est pas le propre du secteur de la santé mentale; il se reproduit dans celui des soins à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, qui préféreraient d'abord demeurer à leur domicile avec les services de soutien nécessaires, compte tenu de leurs conditions cliniques et leurs niveaux de perte d'autonomie, plutôt que dans les milieux institutionnels ou intermédiaires où les évaluations professionnelles de leurs besoins les destinent.

Comme pour l'assurance autonomie le prévoit pour les autres personnes handicapées, le choix résidentiel des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale devrait guider le développement des services. La gouvernance doit donc inclure, au niveau provincial, régional et dans les programmes, des représentants des personnes utilisatrices. À titre d'exemple, au niveau des programmes de réadaptation psychiatrique, la Grande-Bretagne a engagé des milliers de pairs-aidants - des personnes avec une expérience vécue de troubles mentaux graves - formées pour travailler dans les équipes professionnelles de réadaptation psychiatrique et de services résidentiels, permettant d'assurer et d'accompagner le choix des personnes utilisatrices avec trouble mental grave et persistant. Au Québec, un programme de formation a été lancé par la direction de la santé mentale, et quelques dizaines de pairs-aidants ont été

¹⁵ Briand et Menear, op.cit.

¹⁶ Pelletier, J-F., Davidson L., Roelandt, J-L., Citizenship and Recovery for Everyone: A Global Model of Public Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion*, Sep. 17 ; 11(4) : 45-53.

¹⁷ Piat M., Lesage A. D., Dorvil H., Boyer R., Couture A., Bloom D. Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive. *Santé mentale au Québec*. 2008; 33(2): 247-269. PubMed PMID: 19370266

formés, mais le système public québécois peine à les reconnaître comme employés réguliers et à les déployer partout au Québec.

Or pour atteindre le seuil d'embauche de la Grande-Bretagne, cela « signifie que pour atteindre un niveau comparable d'environ 5 pairs-aidants par 100 000 habitants, il faudrait viser à former et à embaucher environ 362 pairs-aidants d'ici quelques années au Québec, ce qui est loin d'être exagéré si l'on considère que des usagers peuvent (et doivent) dispenser des services de soutien entre pairs à tous les paliers du système et en dehors de celui-ci » (p.31)¹⁸. Et ce dans le contexte où la révision scientifique des études (principalement américaines) par des auteurs britanniques dans le *British Medical Journal* en novembre 2002 a clairement démontré que l'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services n'a pas révélé d'impacts négatifs auprès de la clientèle suivie et que leur intégration au sein des services de santé mentale est possible et faisable.¹⁹

Le rôle des familles a été mieux reconnu dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS. En santé mentale, les familles ont été traitées de façon ambivalente par les professionnels : on se rappellera des théories de la mère schizophrénogène, ou celles plaçant une responsabilité parentale dans l'autisme. Par la suite, une certaine idéologie de l'autonomie amenait les intervenants à chercher un éloignement de la famille, ou en soulevant des obligations de confidentialité, de ne pas répondre à la famille même si la personne utilisatrice recevait son congé hospitalier pour retourner demeurer au sein de sa famille! Les positions professionnelles ont évolué vers une vision des familles comme partenaires de soins et une reconnaissance de leurs besoins d'information, de répit et de prévention de l'épuisement de l'aidant. Plus encore, il y a reconnaissance que les familles demeurent le plus fidèle allié du rétablissement des personnes avec troubles mentaux graves et persistants. En effet, dans une étude des personnes supervisées dans une ressource de type familial, des personnes que l'on croirait abandonnées de leur famille, à la question « qui croit le plus à votre rétablissement » ont nommé leur famille plus que tout autre personne professionnelle, ami ou résident²⁰. Dans un programme modèle de suivi intensif dans le milieu mis-en-place en ambulatoire des services psychiatriques de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (l'Hôpital L-H Lafontaine à l'époque), permettant entre autres de réduire le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, les patients et leurs familles ont indiqué leur satisfaction avec les services reçus, comparables, sinon mieux que dans des secteurs modèles européens. Cependant, les patients signalaient être moins satisfaits de l'information donnée à leur famille!²¹

¹⁸ Gélinas D. Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec. *Le partenaire*. 2009; 18(3): 4-43.

<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-vol18-no3.pdf>

¹⁹ Simpson E. L., House A. O. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*. 2002; 325 (7375): 1265. PubMed PMID: 12458241

²⁰ Piat M., Sabetti J., Fleury M.-J., Boyer R., Lesage A. D. "Who believes most in me and in my recovery": the importance of families for persons with serious mental illness living in structured community housing. *Journal of social work in disability & rehabilitation*. 2011 Feb; 10(1): 49-65. PubMed PMID: 21360400

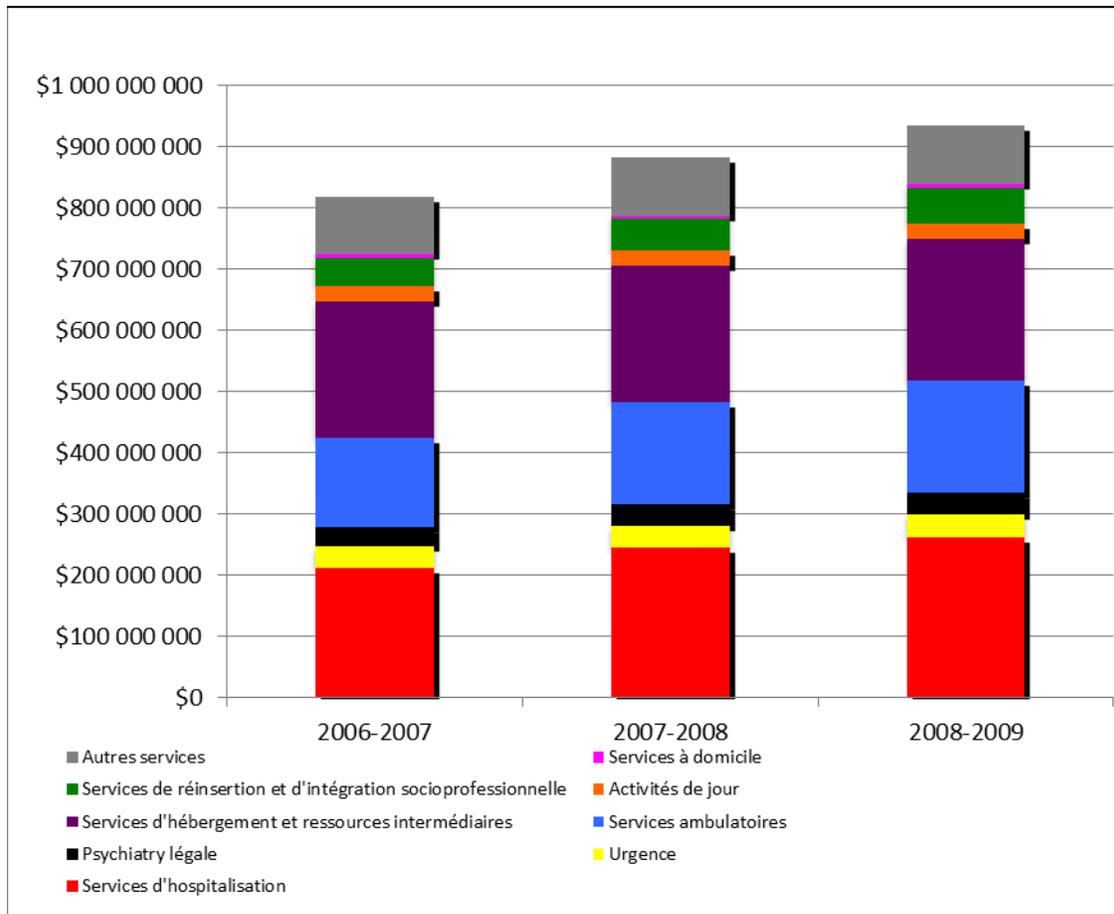
²¹ Ricard N., Lesage A. D., Reinharz D., Gélinas D., Bisson J., Lauzon S., Ouadahi Y., Beauvais L., Ohana P. *Évaluation des aspects organisationnels, professionnels et cliniques de l'implantation et du fonctionnement du Suivi intensif dans le milieu*. Montréal (Québec) : Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2006 Jan 26. ISBN 2-922577-35-X.

La désinstitutionnalisation en déficience intellectuelle a été promue et accompagnée par les familles, par des centres régionaux de déficience intellectuelle, sous surveillance et représentation des familles et de leurs organisations. N'est-ce pas une des raisons de l'inclusion dans l'assurance autonomie de ces personnes et une des raisons de l'exclusion en ce moment, des personnes avec des troubles mentaux graves et persistants? Nos recommandations finales incluent donc un rôle égal des familles, à côté de représentants de personnes utilisatrices, dans la gouvernance provinciale, régionale et des programmes de réadaptation psychiatrique pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants.

Modélisation des types de services requis et leurs coûts dans un système équilibré de santé mentale

La figure 2 décompose les dépenses du programme de santé mentale du MSSS. Le budget de près de 900 millions de dollars, ou 118 \$/habitant, représente environ 5 à 6 % du budget global des programmes du MSSS, excluant les médicaments et les paiements aux médecins et aux autres professionnels remboursés par la RAMQ. Les services hospitaliers représentent près de 25 % du budget, les services résidentiels également; les soins à domicile (suivi intensif en équipe et suivi d'intensité variable) représentent moins de 5 % du budget; les services de réadaptation et d'intégration professionnelle reçoivent moins de 10 %, confirmant le constat précédent que le système peine à livrer les interventions psychosociales et de réadaptation, et d'accompagner à domicile ou dans le milieu de leur choix, les personnes avec troubles mentaux graves.

Figure 2 Dépenses du programme santé mentale du MSSS



Dans un système équilibré de santé mentale,²² il y a nécessité de lits hospitaliers, de quelques lits de longue durée et de ressources résidentielles supervisées. L'Italie, qui a progressivement fermé ses hôpitaux psychiatriques, a maintenu des lits hospitaliers de courte durée et a développé un nombre croissant de ressources résidentielles supervisées.²³ Le nombre de ressources résidentielles supervisées déployées varie selon les pays européens et est plus élevé dans les pays scandinaves. Le Québec, avec environ 120 places par 100 000 habitants, se situe dans la moyenne des pays européens et des provinces canadiennes.²⁴

Il y a lieu au Québec d'accroître la capacité de soins à domicile selon les normes déjà édictées par le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, comme recommandé par un rapport du CETS, ancêtre de l'INESSS.²⁵ Il y a lieu aussi d'accroître la capacité d'accès rapide au logement de son choix à travers le supplément au paiement du loyer. La combinaison du suivi intensif en équipe et de l'accès rapide au logement de son choix s'est montrée particulièrement appropriée et efficace lors du projet-démonstration Chez soi pour les itinérants avec troubles mentaux graves.²⁶ Cette approche, qui représente un des volets d'un système équilibré de santé mentale, est actuellement essayée dans plusieurs villes françaises, dont Lille au centre collaborateur de l'OMS sous la direction du Dr Jean-Luc Roelandt que nous avons déjà cité.²⁷ Ce dernier avait signé un rapport national prônant l'accentuation des services dans la communauté et la participation des personnes utilisatrices,²⁸ démarche qu'il met en œuvre à Lille.

Les figures 3 et 4 montrent notre modélisation esquissée dans notre éditorial en annexe, pour donner les services spécialisés pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants, et les personnes avec troubles mentaux graves, soit 1.5 % de la population, si on se réfère au tableau 1 qui définit ces deux groupes de personnes et la proportion populationnelle.

Les services hospitaliers, de CHSLD et de ressources résidentielles supervisées sont à peu près au même nombre que celles actuellement disponibles, ce qui correspond aux besoins. Cependant, s'ajoutent les besoins en suivi intensif en équipe et d'intensité variable selon les normes du Plan d'action en santé mentale (nous avons signalé plus tôt que seulement le tiers des places prévues dans ces modalités de soins à domicile seraient actuellement financées et déployées au Québec) et notre proposition d'accès au supplément au paiement du loyer (SPL) pour environ 200 personnes par 100 000 habitants à 5000 \$/SPL/an. Ces besoins font croître

²² Thornicroft G, Tansella M. 2003, op.cit.

²³ De Girolamo G, Candini V, Buizza C, Iozzino L. The Italian 'dream' of community psychiatry without residential facilities: lessons for European non-dreamers. *ENMESH conference, Vérone, Italie. Octobre 2013.* http://www.enmesh.eu/Verona_2013/volume%20abstract%20draft.pdf. Page 113

²⁴ Lesage A. D., Gélinas D., Robitaille D., Dion É., Frezza D., Morissette R. Toward benchmarks for tertiary care for adults with severe and persistent mental disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie.* 2003 Aug; 48(7): 485-492. PubMed PMID: 12971020

²⁵ Latimer, Eric avec la collaboration de Lyne Nadeau, Suivi intensif en équipe dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves, Rapport de recherche préparé à la demande du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETS 99-1 RF), 1999.

²⁶ <http://chezsoi.onf.ca/#/chezsoi>

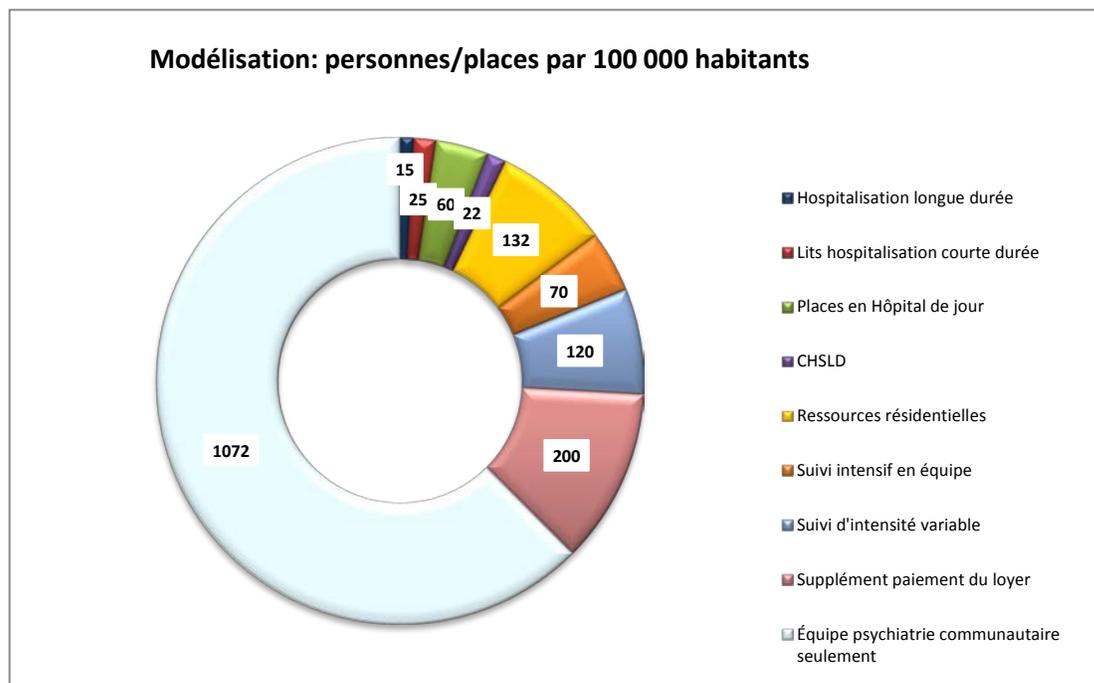
²⁷ Pelletier, Davidson, Roelandt, 2012, op.cit.

²⁸ http://www.psydoc-france.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html

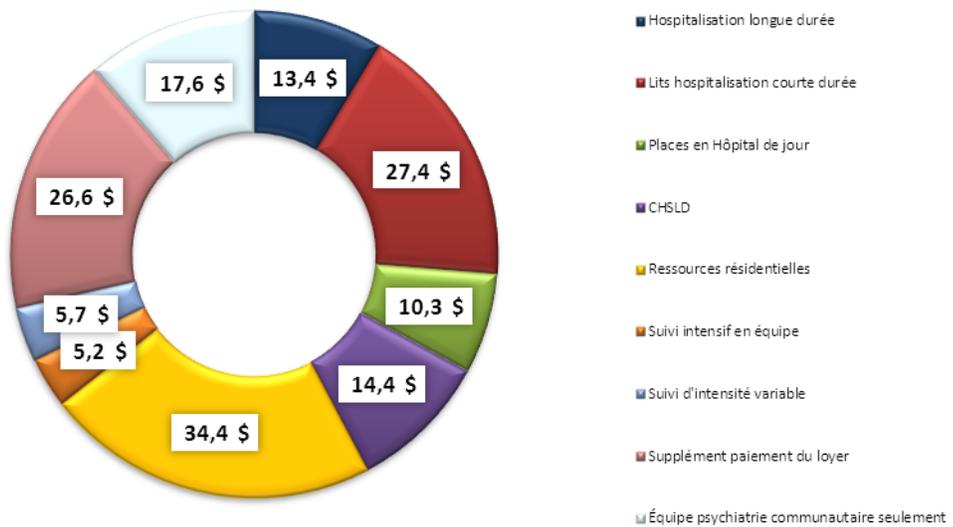
l'enveloppe totale à environ 150 \$/habitants/an, donc une augmentation de près de 30 % par rapport aux 118 \$/an/habitant illustrés à la figure précédente. Ce coût ferait passer l'enveloppe dédiée au programme de santé mentale du MSSS de 5-6 % actuel à 6.5-7.5 %.

Par ailleurs, cette modélisation des besoins de services et du budget pour les services aux personnes avec troubles mentaux graves et persistants - concentrés sur des services d'hospitalisation de longue durée, de CHSLD, de ressources intermédiaires (ressources résidentielles supervisées), de suivi intensif en équipe et d'intensité variable - et le SPL, verrait augmenter la proportion budgétaire consacrée au volet suivi à domicile soutenu par le SPL pour l'accès au logement de son choix. Elle passerait d'une proportion institutionnelle-ressources intermédiaires : soutien à domicile de 90 : 10 actuelle reflétée dans la figure 2 à 70 : 30 environ dans le modèle ici proposé dans les figures 3 et 4. Notre recommandation finale, présentée dans la prochaine section, sera d'accroître le budget global pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants, et d'allouer tout nouvel investissement au développement des soins à domicile, de SPL au choix de la personne et de l'engagement de pairs-aidants. Ceci permettra certainement de rejoindre des personnes itinérantes, d'autres incarcérées, sortant des prisons, de faciliter l'accès à leur propre logement avec soutien pour des personnes actuellement dans des ressources résidentielles, avec le soutien d'équipes comprenant des pairs aidants. Ces dernières ressources résidentielles supervisées seront plus rapidement libérées pour accueillir d'autres personnes avec des troubles mentaux graves et persistants les requérant à une étape de leur trajectoire de réadaptation, de rétablissement et de réinsertion sociale.

Figures 3 et 4 Modélisation des besoins et des coûts



Modélisation: coûts/année/par habitant



4. Des travaux préparatoires précédant la mise en place de l'assurance autonomie des personnes avec troubles mentaux graves et persistants

L'OPHQ soutenait l'étalement de la mise en place de l'assurance autonomie proposée par le livre blanc - pour des personnes âgées en perte d'autonomie en 2014, des personnes handicapées physiquement en 2015, celles avec retard mental et troubles envahissants du développement en 2016 - afin de conduire des travaux préparatoires pour les personnes avec un retard mental. La dynamique des personnes avec déficience intellectuelle est différente, car leur perte d'autonomie n'est pas nécessairement fixe ou déclinante comme pour les personnes âgées en perte d'autonomie à cause de maladies comme la démence ou l'Alzheimer, mais pouvant s'améliorer considérablement par la réadaptation constante appliquée dans les milieux de vie de ces personnes. Également, les centres de réadaptation et les intervenants devront modifier leurs approches pour être toujours plus guidés par le choix des personnes et de leurs familles. Une plus grande intégration des services devra être dessinée. Ces enjeux sont comparables à ceux pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants et leurs familles, quoique la coordination des services et des approches est peut-être plus en retard que dans le secteur de la déficience intellectuelle qui avait lancé sa désinstitutionnalisation avec l'appui des familles, bien avant celle en psychiatrie. Ce secteur avait aussi jugé pertinente la création des centres régionaux de réadaptation en déficience intellectuelle, ce que nous proposons ici pour les personnes avec troubles mentaux sévères et persistants. Enfin, vous observerez que le secteur de la santé mentale peine à s'organiser, ce mémoire n'est-il pas le seul qui en émerge?

Le Québec n'est pas en retard, et n'est pas le seul à se questionner sur une meilleure réponse aux besoins des personnes avec troubles mentaux graves et persistants. Le gouvernement de l'Alberta a commandé à l'Institute of Health Economics (que je situerais à gauche de l'Institut Fraser) une conférence de consensus « transitions vers la communauté » en novembre 2014 sur le modèle des conférences de consensus du National Institute of Health aux États-Unis. J'ai l'honneur de présider le jury de cette conférence, et les prémisses de cette dernière sont posées dans l'éditorial à paraître dans la Revue canadienne de psychiatrie au printemps 2014, en annexe. La conférence entendra une série d'experts internationaux, dont plusieurs Européens du réseau de recherche sur les services de santé mentale ENMESH²⁹, Québécois et Canadiens, et dont certains sont cités dans ce mémoire, pour répondre aux 7 questions suivantes :

1. Quelle est l'efficacité de la médication, de la psychothérapie, des interventions psychosociales et de la gestion des autres maladies chroniques pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants?

²⁹ <http://www.enmesh.eu/>

2. Quelles sont les stratégies de formation et de soutien à l'implantation démontrées efficaces, pour assurer que ces interventions démontrées efficaces soient accessibles et de qualité partout au pays, où que soient les personnes?
3. Quel est le nombre de places et les programmes pour les différents services où seront livrées les interventions : les unités hospitalières de courte et longue durée, les ressources résidentielles, les centres de jour/de réadaptation psychosociale, les soins à domicile et les équipes de résolution de crise à domicile?
4. Quels sont les incitatifs et désincitatifs financiers et organisationnels permettant d'assurer au niveau de l'état/province et au niveau régional, un financement adéquat et pérenne des services requis et de logement pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants?
5. Quels sont des exemples de bonne pratique au niveau provincial/état et au niveau régional, de gouvernance et de livraison des services incluant les familles, les secteurs de la justice et de l'itinérance, les médecins de famille et les pairs-aidants?
6. Quels sont les systèmes d'information et les outils permettant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité?
7. Quelles sont les questions futures de recherche vers un système plus équilibré de services pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants?

La décision d'inclure les personnes avec troubles mentaux graves et persistants dans l'assurance autonomie, comme recommandé par l'OPHQ, placerait le Québec à titre de pionnier en la matière au niveau canadien et international... et le MSSS serait invité sans doute pour traiter du potentiel de cet incitatif financier et organisationnel!

Le Québec devrait attendre les réponses éclairées des experts internationaux aux différentes questions posées ainsi que le consensus autour de notre proposition de gouvernance, de financement, de formation et d'évaluation, et autour de la création d'autorités/de centres régionaux de réadaptation psychiatrique et de centres techniques d'assistance au niveau provincial/état.

Le Québec devrait mener ses propres travaux préparatoires, par un groupe de travail composé des représentants d'un futur conseil de surveillance du programme provincial de réadaptation psychiatrique pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants. Ce groupe de travail devrait être présidé par des représentants des familles et des personnes utilisatrices, et devrait comprendre des représentants de la direction de la santé mentale du MSSS, du CNESM, des centres régionaux de réadaptation psychiatrique, du secteur communautaire de l'itinérance, de la justice, des tables RUIS en santé mentale et des milieux de la recherche en santé et

société. Ces travaux seront éclairés par les travaux scientifiques les plus récents apportés non seulement par la conférence de consensus de l'IHE en novembre 2014, mais aussi par l'expérience, avec tous les essais et les erreurs, du déploiement de l'assurance autonomie pour les personnes âgées, pour les personnes avec déficience physique, et pour celles avec déficience intellectuelle.

5. Recommandations

1. Inclure les personnes avec trouble mental grave et persistant, et leurs familles, dans le projet de loi créant l'assurance autonomie.
2. Déployer l'assurance autonomie pour les personnes avec trouble mental grave et persistant en 2017, à la suite, et bénéficiant de l'expérience gagnée pour les autres groupes de personnes handicapées pour lesquels le déploiement se fera successivement en 2014, 2015 et 2016.
3. Mener des travaux préparatoires pour valider les chiffres et les propositions du présent mémoire, culminant sur des états généraux pour établir un consensus sur la gouvernance, le financement, la formation et l'évaluation des autorités provinciales et régionales qui géreront le système de réadaptation psychiatrique pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants, financé par l'assurance autonomie du Québec.
4. Suivant l'exemple du nouvel investissement de 500 M\$ en services de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie, allouer tout nouvel investissement en santé mentale pour les personnes avec troubles mentaux graves et persistants pour les services de suivi à domicile, le supplément au paiement du loyer et l'engagement de pairs-aidants comme employés des services de réadaptation psychiatrique.

Editorial

Regional tertiary psychiatric care and rehabilitation authorities for severely mentally ill in Canada

We seem in Canada and other countries like the UK (Holloway, 2010) to be permanently in an era of budgetary restrictions. A balanced mental health system has been difficult to achieve over the last few decades because funding associated with downsizing and closure of psychiatric hospital beds has been moved to other healthcare and social services (IHE, 2010). The justice system has taken over some of the functions of the mental health system, with the police in many areas being the only 24/7 service, and the jail system housing people with schizophrenia who frequently receive inadequate mental health care (Lafortune, 2010). Not to mention the system failure indicator that the severely mentally ill (SMI) homeless represent in Canadian cities, or the excess mortality of psychiatric patients (Laurence & Kisely, 2010). Moreover, even if medication is generally well provided for SMI, evidence-based psychosocial interventions are only implemented piece-meal in our resources-rich systems of care (see Menear & Briand papers in this CJP issue).

However, with proper leadership by clinicians and managers at the regional and provincial levels, as Dagg and Musgrave show in this issue of the CJP, regional psychiatric rehabilitation centres and authorities, properly funded, could offer better tertiary psychiatric services and evidence-based rehabilitation interventions to all patients requiring it in the region/province.

We will briefly describe the system issues in such reform of mental health services in Canada under the four headings suggested by Health Canada (1997) (governance, funding, training and evaluation), supported by the In review papers of this CJP issue on evidence-based rehabilitation interventions (Lecomte et al.,) and effective implementation strategies in programs and systems (Menear and Briand papers), as well as training of the future generation of Canadian psychiatrists in the rehabilitation of SMI (Freeland & Labelle).

Issues of funding

The system costs of the array of required services for the treatment and rehabilitation of SMI, estimated at 1.5% of the population, are illustrated as a simulation in the next table. It excludes other direct system costs like medical services, medication, disabilities and income supplement or other sectors like the judiciary system; it represents what most provinces ministries of health and social services consider as their mental health program expenditures. The items, proposed ratios and costs could be modulated and are further explained in Lesage (2010). It is of interest that the simulated average per capita is only 20% higher than the Quebec's mental health program when it launched its action plan in 2000: a balanced mental health care system for SMI

need not be much more expensive, but must be better organised. It can be seen that hospital and supervised residential settings, will represent at least 60% of this *de facto* mental health budget. A similar funding distribution has been reported by the UK (Holloway, 2010) and in a best practice area of Italy, which has been a leader in mental health care reform (Amaddeo et al., 1997).

Simulation of the number of places and people in need of specialist care in a balanced mental health care system for severely mentally ill (Catchment area size – 100 000 inhabitants)			
	People/places	Cost/person/year	Total/year
Long-term hospitalisation	15	89 078 \$	1 336 170 \$
Acute care beds	25	109 438 \$	2 735 950 \$
Day hospital places	60	17 229 \$	1 033 740 \$
Nursing homes	22	65 521 \$	1 441 462 \$
Hostels	14	35 616 \$	498 624 \$
Foster families	26	7 746 \$	201 396 \$
Supervised group homes	28	49 793 \$	1 394 204 \$
Supervised apartments	48	19 348 \$	928 704 \$
PACT	70	7 410 \$	518 700,00
Intensive home care	120	4 711 \$	565 320 \$
Supplement for rent*	200	5 000,00	1 000 000 \$
CMHT outpatients not above	1072	1 638 \$	1 755 936 \$
TOTAL COSTS			13 410 206 \$
Per capita			134 \$

*Supplement for rent for most PACT, intensive home care and some CMHTeams patients - as described in the At Home/Chez soi demonstration project (see <http://chezsoi.onf.ca/#/chezsoi>)

Issues of governance

In the UK, it has been suggested that in each local area, psychiatric services along with social services and health services develop specialist psychiatric rehabilitation services working with all the other relevant mental health and social programs. The latter include the Community Mental Health Teams, mental retardation teams and specialist's dependence teams. Interestingly in Quebec, mental retardation and specialist dependence are under the authority of regionalised mental retardation or dependence rehabilitation centres. These local or regional psychiatric rehabilitation services cover the patients in the array of services described in the simulation table above from top of long term inpatient care to supplement to rent. They encompass the tertiary psychiatric services described by Wasylenski et al. (2000). Dagg and Musgrave ref, stress the importance of provincial-level leadership, including key role for psychiatrists, adequate financing and technical assistance for implementing, supporting and monitoring quality of tertiary psychiatric services and rehabilitation interventions/ programs provided. Israel's experience and Briand's review suggest adding a key role to families and patients as part of a national rehabilitation council responsible for planning rehabilitation services in communities, improving quality and accessibility of services, and advising the government on rehabilitation policy.

Issues of training and developing competences in psychiatric rehabilitation during the formative years of mental health professionals, including psychiatric residents, as experts, as multidisciplinary collaborators and in managerial dimensions, is well developed in the attached paper by Freeland and Labelle. The continuing training of professionals across the regions of a province in evidence-based rehabilitation interventions and complex programs like PACT shall be integral part of their implementation and sustainability. One key strategy supported by Dagg and Musgrave, and by the literature on effective implementation strategies, is a clear responsibility at the system level (provincial) for systematic training, consultation and fidelity monitoring activities, and assumed by state/provincial technical assistance centres (see Briand's paper).

Evaluation

Continuous evaluation, quality monitoring of evidence-based interventions and programs (Briand in this CJP issue) is a key strategy to ensure maintenance of program fidelity and expected positive outcomes by the professionals of the multidisciplinary rehabilitation teams and programs across the regions of the province. New information technologies with standard questionnaires and informative results feedback at the clinical, program and system levels shall be seen as supportive of such continuous evaluation providing information on input (number of patients, services, budget), processes (array of services and interventions provided) and outcomes (suicide, premature deaths, homelessness and judiciary transinstitutionalisation, employment).

Our proposal for regional psychiatric rehabilitation centres/authorities for severely mentally ill patients

Our best proposal is for psychiatric rehabilitation centers and services authorities to be set up in each region with clinical and managerial leadership, and to cover most of the tertiary services long-term inpatient and residential care, intensive treatment and rehabilitation home care, occupational educational rehabilitation and continuing care for patients with severe and persistent mental disorder in collaboration with the CMHT, mental retardation and dependence rehabilitation centers and authorities, and teams. It would represent about 500 patients per 100 000 inhabitants (with a 3-fold range of 250-750 per 100 000 inhabitants, taking into account the greater need in underprivileged and urban areas; Wing, 1992). These centers and authorities shall control access to their services, be properly funded and ensure that CMHT maintain clinical responsibility for the patients they referred to these tertiary care services, as they may require less intensive care, but continuing care in the community. It should be supported at the provincial level by rehabilitation technical assistance centre with the functions of implementing, training and evaluating the quality of evidence-based rehabilitation interventions and programs under the governance of the mental health directorate or equivalent in the province, that would ensure proper funding. Such centers have been successfully operating in Ontario for the development and implementation of ACT teams (as described by Dagg and Musgrave in their accompanying paper); and a prototype of it has been set up for training at least PACT and intensive home care teams in Quebec- its *centre national d'excellence en santé mentale*. The latter was unfortunately not associated with funding, and Quebec has been slow to ensure that its 2005-2010 mental health action plan's ACT team's population-based deployment targets be met. Adding a governance role for families and patients representatives in regional authorities and in provincial rehabilitation authorities accompanying mental health directorate and its rehabilitation assistance technical centres like in Israel and as suggested in Briand & Menear (in this issue of CJP) . The proper governance in each region and funding, but also training and continuous quality monitoring of mental health services, remains the stumbling blocks of insuring quality mental health systems across Canada, if they are to offer people with severe mental health disorders and their families effective care and rehabilitation services across the country on their road to recovery and the opportunity to fully participate in citizenship (Pelletier, Davidson and Roelandt, 2010).

References

Amaddeo F, Beecham J, Bonizzato P, et al. The use of a case register to evaluate the costs of psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:189-198.

Health Canada (1997) Best Practices in Mental Health Reform: Situational Analysis. Ottawa (Canada), Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health and published by Health Canada.

Holloway, F. Rehabilitation psychiatry in an era of austerity. *Journal of Mental Health*, February 2010; 19(1) : 1–7.

Lafortune D. Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *Int J Law Psychiatry*. 2010 Mar-Apr;33(2) : 94-100.

Lawrence, D., Kisely, S., & Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Can J Psychiatry*, 55(12), 752-760.

Lesage, A. D., 2010, Chapter 8 : Contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill, in Cairney, J. & Streiner, D. L., *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*, University of Toronto Press, Toronto (Canada), 144-169.

Pelletier, J-F., Davidson L., Roelandt, J-L., *Citizenship and Recovery for Everyone: A Global Model of Public Mental Health*. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11, 4, 45-53 2009

Wasylenki, D., Goering, P., Cochrane, J., Durbin, J., Rogers, J. & Prendergast, P. (2000) Tertiary mental health services : I. Key concepts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 179-184.

Wing, J K. *Epidemiologically-based mental health needs assessment*. Research Unit, Royal College of Psychiatrists, 1992.
