

**Cadre de référence  
pour le déploiement des  
services de 1<sup>re</sup> ligne  
santé mentale adultes  
en CSSS  
dans une perspective  
de soins en collaboration**

**Adopté par le Réseau clinico-administratif santé psychosociale adultes  
le 3 novembre 2008**

**Adopté par le Comité de coordination stratégique de la Montérégie  
le 23 janvier 2009**

**Adopté par le Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services  
sociaux de la Montérégie  
le 12 mars 2009**

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

## **Coauteurs - Membres du RCA Santé psychosociale adultes**

Marie Boissonnault  
François Côté  
Jacinthe Demers  
Guy Deschênes  
Ghislaine Gauthier  
Johanne Gauthier

Élisabeth Hamel  
Maryse Hébert  
Lesley Hill  
Jean-Pierre Landriault  
Mylène Landry  
Julie Lapointe  
Chantal Leduc  
Francine Lortie  
Daniel Mallette

Nicole Mercier  
Michel Proulx

Diane Reed  
Jean-Marc Ricard

Jean-Pierre Rodrigue  
Gilles Scherer

CSSS Vaudreuil-Soulanges  
Hôpital Charles LeMoine  
CSSS Haut Saint-Laurent  
CSSS Haut Saint-Laurent  
CSSS Haut-Richelieu/Rouville  
Centre de réadaptation en déficience  
intellectuelle Montérégie-Est  
CSSS Pierre-Boucher  
CSSS Richelieu-Yamaska  
CSSS Sorel-Tracy  
Agence de la Montérégie  
CSSS La Pommeraie  
CSSS Champlain  
CSSS du Suroît  
CSSS Haut Saint-Laurent  
Les services de réadaptation  
du Sud-Ouest et du Renfort  
CSSS de la Haute-Yamaska  
Centre de réadaptation en dépendance  
Le Virage  
Agence de la Montérégie  
Centre de réadaptation en déficience  
intellectuelle Montérégie-Est  
CSSS Jardins-Roussillon  
Table régionale des chefs de département  
de médecine spécialisée

### **Collaboration spéciale**

Denise Bettez  
Chantal Desfossés  
Louise Quesnel  
David Robitaille

Agence de la Montérégie  
Agence de la Montérégie  
Département régional de médecine générale  
CSSS du Suroît

### **Personnel de l'Agence de la Montérégie**

Sylvie Beaudoin  
Diane Bélanger  
Diane Cossette  
Michel Gontier  
Arinka Jancarik  
Nicole Lemire

### **Secrétariat**

Marie-France Dumont  
Johanne Jolicœur  
Jocelyne Pelchat  
Raymonde Simard

### **Révision linguistique**

Joanne Gagnier

ISBN 978-2-89342-443-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-89342-444-6 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Ce document est disponible :

- au centre de documentation de l'Agence – 1255, rue Beaugard, Longueuil, QC J4K 2M3
- sur le site Web de l'Agence – [www.rrsss16.gouv.qc.ca](http://www.rrsss16.gouv.qc.ca)

Pour commander un exemplaire imprimé, contactez l'Agence au (450) 928-6777, poste 4213

## Sommaire

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens* représente un tournant majeur : non seulement il met l'accent sur le développement prioritaire des services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale pour toute la population, mais il insiste sur *la force des liens* à créer entre les partenaires pour assurer un accès rapide aux services et actualiser les meilleures pratiques cliniques.

Les orientations stratégiques retenues, en 2007, par le Réseau clinico-administratif santé psychosociale adultes, ont prévu la hiérarchisation des services et le déploiement du guichet d'accès aux services de santé mentale dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Dans cette perspective, le présent cadre de référence propose un modèle pour assurer le déploiement harmonieux et intégré des services de 1<sup>re</sup> ligne dans 11 territoires locaux diversifiés. Pour la Montérégie, le défi est de taille! Il vise aussi la mise sur pied de soins en collaboration destinés aux utilisateurs de services, à leurs familles, aux aidants naturels, et ce, de concert avec les différents partenaires mandatés en santé mentale. De plus, l'organisation des services devra favoriser le rétablissement de la personne dans sa globalité par de l'accompagnement dans son projet de vie.

Les CSSS ont une responsabilité populationnelle à l'égard des citoyens de leur territoire : en plus de mettre en place les équipes de 1<sup>re</sup> ligne, d'actualiser le guichet d'accès santé mentale adultes et de soutenir l'ensemble des partenaires de 1<sup>re</sup> ligne, ils devront, dans certains cas, prévoir des couloirs d'accès pour les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne destinés aux adultes.

Quant aux autres dispensateurs de services de 2<sup>e</sup> ligne, ils devront assurer une gamme de services spécialisés aux adultes avec des troubles graves. Ils devront également dédier du temps de travail à la consultation liaison et à l'expertise-conseil auprès des équipes de la 1<sup>re</sup> ligne, selon les besoins à identifier dans chaque CSSS.

Le modèle est audacieux à plus d'un égard. Il prévoit une 1<sup>re</sup> ligne santé mentale adultes forte, capable d'évaluer et de traiter, avec la collaboration des partenaires, sur une base annuelle, environ 21 889 adultes, soit environ 70 % des adultes référés au guichet d'accès. Par conséquent, l'effort à consentir est important, puisque dans le présent contexte, les équipes de 1<sup>re</sup> ligne ne parviennent à rejoindre que 25 % de la population ciblée.

L'implantation de ce modèle nécessite la mobilisation de tous les décideurs et l'obtention des budgets requis. En effet, bien que la Montérégie compte presque 1,1 million d'adultes, elle ne dispose pas, à l'instar des régions de Québec et de Montréal-Centre, de ressources financières susceptibles d'être réallouées pour assurer ce déploiement. Il faudra environ 12 M\$, soit 3 M\$ pour chacune des 4 prochaines années pour atteindre 80 % du nombre de postes d'intervenants cliniques requis. De plus, des montants additionnels devront être prévus pour défrayer le coût des espaces locatifs requis.

C'est pourquoi, dans ce contexte de sous-financement, ce projet ne peut s'actualiser que sur la base de montants additionnels octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour assurer une équité d'accès aux services de santé mentale entre les différentes régions du Québec.



## TABLE DES MATIÈRES

|   |    |
|---|----|
| Présentation.....   | 11 |
| I – FONDEMENTS DE LA DÉMARCHE .....   | 13 |
| 1. Concepts clés .....  | 13 |
| 2. Orientations stratégiques du RCA Santé psychosociale adultes.....                      | 13 |
| 3. Principes directeurs.....  | 14 |
| 4. Objectifs généraux .....   | 14 |
| 5. Objectifs d’accessibilité à la prestation des services .....                           | 15 |
| II – MODÈLE D’ORGANISATION DES SERVICES .....   | 17 |
| 1. Modèle existant.....   | 17 |
| 2. Constats.....  | 18 |
| 3. Modèle proposé.....  | 21 |
| 3.1 Mandat des CSSS.....  | 21 |
| 3.2 Paramètres pour des soins en collaboration .....                                      | 23 |
| 3.3 Cheminement de la demande .....   | 26 |
| 3.4 Clientèle cible .....   | 27 |
| 3.5 Répartition des problématiques cliniques .....  | 28 |
| III – DÉPLOIEMENT DU MODÈLE D’ORGANISATION DES SERVICES .....                             | 31 |
| 1. Stratégies d’implantation .....  | 31 |
| 2. Services à développer ou à consolider .....  | 32 |
| 2.1 Modèle intégré de services crise/suicide.....   | 32 |
| 2.2 En amont des services spécifiques de 1 <sup>re</sup> ligne :.....                     | 32 |
| 2.3 Pour les adultes d’expression anglaise.....   | 33 |
| IV – CONDITIONS ESSENTIELLES AU DÉPLOIEMENT DU MODÈLE<br>D’ORGANISATION DES SERVICES..... | 35 |
| 1. Établissement d’une vision commune .....   | 35 |
| 2. Modalités assurant l’accessibilité et la continuité des services .....                 | 35 |
| 3. Disponibilité des ressources.....  | 36 |
| 4. Soutien à l’implantation.....  | 37 |
| V – DÉFIS INHÉRENTS À L’ACTUALISATION D’UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE<br>SERVICES.....             | 39 |
| Conclusion .....  | 41 |
| ANNEXE I - État de situation .....  | 43 |
| ANNEXE II - Estimation de l’effort à consentir pour les RLS .....                         | 49 |



## Liste des abréviations et sigles

|               |  |
|---------------|--|
| AAO           | Accueil - analyse - orientation                                    |
| Agence        | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie        |
| CCSM          | Comité de coordination stratégique de la Montérégie                |
| CSSS          | Centre de santé et de services sociaux                             |
| DI-TED        | Déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement |
| ETC           | Équivalent temps complet   |
| Ministère     | Ministère de la Santé et des Services sociaux                      |
| Plan d'action | <i>Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens</i> |
| RCA           | Réseau clinico-administratif                                       |
| RLS           | Réseaux locaux de services   |





## Mot de la présidente-directrice générale

En février 2008, sous l'égide du Réseau clinico-administratif (RCA) santé psychosociale adultes mis en place par le Comité de coordination stratégique de la Montérégie, se formait un groupe de travail chargé de préciser les stratégies de mise en place des orientations retenues pour le déploiement des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes en Montérégie.

Neuf mois de travail se sont écoulés et déjà, ce comité est en mesure de proposer un cadre de référence pour repositionner l'offre de service dans une perspective de soins en collaboration avec les omnipraticiens et les ressources communautaires concernées.

Le contenu de ce document a été adopté par les membres du RCA, du Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) et du Conseil d'administration de l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM). Ce cadre de référence identifie des balises régionales communes pour le déploiement des services en santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS ainsi que les conditions essentielles à l'actualisation du modèle d'organisation retenu.

Le défi à relever est majeur malgré un rehaussement récent du nombre de ressources cliniques en santé mentale 1<sup>re</sup> ligne. Dans ce contexte, nous prévoyons un accroissement significatif du nombre d'adultes rejoints d'ici l'échéance du plan d'action santé mentale en 2010.

La vision partagée par les membres du RCA vise à mettre en place une authentique 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes arrimée étroitement au travail des omnipraticiens et des services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne.

Aussi, il est à souhaiter que ce projet reçoive, de tous les décideurs, l'accueil et l'attention qu'il mérite et qu'il devienne un projet porteur d'espoir pour les Montérégiens aux prises avec un problème de santé mentale ainsi que pour leurs familles et leurs proches.

La présidente-directrice générale,



Claire Pagé



## Présentation

En 2005, dans la perspective d'optimiser l'impact des interventions du réseau montérégien sur la santé mentale et sur le bien-être de la population, les membres du Comité de coordination stratégique de la Montérégie (CCSM) ont convenu de mettre en place des RCA constitués autour de continuums d'intervention.

Le RCA Santé psychosociale adultes regroupe la clientèle des continuums santé mentale adultes et dépendance et celui de déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED). En juin 2007, il a priorisé les orientations stratégiques des trois continuums; pour le continuum santé mentale, cela représente plus particulièrement d'assurer la hiérarchisation des services et le déploiement des équipes de 1<sup>re</sup> ligne, tout en tenant compte des préoccupations plus spécifiques des autres continuums du RCA.

Dans ce contexte et en vue d'assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la qualité des services, il est nécessaire de se donner une vision régionale partagée en prenant en considération le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens* (Plan d'action). Ainsi, le présent cadre de référence identifie des balises communes régionales pour assurer ce déploiement au cours des cinq prochaines années. Cette réorganisation constitue un changement dont l'impact sur les pratiques sera majeur.

Pour la présente étape, il apparaît opportun de concentrer les efforts uniquement sur le repositionnement de l'offre de service vers la 1<sup>re</sup> ligne en CSSS dans une perspective de soins en collaboration. Pour ce faire, chaque CSSS doit coordonner l'offre de services en santé mentale pour assurer une réponse aux besoins de services de la population de son réseau local de services (RLS).

De prime abord, l'offre de service est différente d'un territoire à l'autre compte tenu des ressources disponibles, tant pour les équipes de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne que pour les différents partenaires. Ainsi, c'est en considérant la situation particulière de chacun des 11 RLS que le déploiement sera effectué, et ce, à partir de l'état d'avancement du déploiement des services de 1<sup>re</sup> ligne déjà en cours.

En second lieu, l'ensemble des acteurs en santé mentale adultes (leaders clinico-administratifs, représentants des psychiatres, omnipraticiens, groupes de médecine familiale [GMF], utilisateurs de services, représentants des familles et des proches, organismes communautaires) devront préciser certaines balises cliniques et organisationnelles dans la phase d'implantation du modèle retenu.

Puis, les CSSS pourront instaurer, dans le cadre du projet clinique volet adultes, une pratique de partenariat et favoriser le rétablissement des adultes aux prises avec un trouble mental.

En définitive, les balises identifiées au cadre de référence ont été énoncées avec la préoccupation d'assurer l'équité d'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes pour l'ensemble de la population de la Montérégie.



## **I – FONDEMENTS DE LA DÉMARCHE**

### **1. Concepts clés**

Depuis 1998, les orientations et les travaux poursuivis par les dispensateurs de services de la Montérégie se sont inscrits dans la foulée du Plan d'action et à partir de concepts clés déterminants.

- a) La responsabilité populationnelle, qui implique que les partenaires d'un territoire local doivent collectivement partager une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être de cette population.
- b) La hiérarchisation des services, qui vise à faciliter le cheminement des adultes entre les services de 1<sup>re</sup>, de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne et qui garantit une meilleure complémentarité de service. Cette perspective nous oblige à revoir la trajectoire de services en tenant compte de la notion d'épisode de soins et de l'importance de guider les adultes vers le bon service, au bon endroit et au bon moment.
- c) Le rétablissement et la participation des utilisateurs de services, de leurs familles et de leurs proches.
- d) Le partenariat, qui, dans le contexte de la responsabilité populationnelle, implique une collaboration étroite entre les organisations et une responsabilité partagée à l'égard du soutien à offrir aux personnes du territoire.

### **2. Orientations stratégiques du RCA Santé psychosociale adultes**

Le cadre de référence, tout en précisant des balises communes pour la mise en œuvre des orientations stratégiques à l'égard de la hiérarchisation des services et de la disponibilité du guichet d'accès, contribue à l'actualisation de l'ensemble de ces orientations.

- a) La hiérarchisation entre les services généraux et ceux de 1<sup>re</sup>, de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne.
- b) La disponibilité d'un guichet d'accès aux services en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS.
- c) La complémentarité, par la mise en place de mécanismes appropriés, entre les différents services et établissements concernés.
- d) L'amélioration de la qualité des pratiques cliniques, administratives et préventives en matière d'accueil, de détection et de traitement, par la consolidation du processus de transfert des connaissances.

- e) La disponibilité d'interventions croisées et intégrées pour la clientèle présentant des troubles concomitants.

### **3. Principes directeurs**

Les principes directeurs qui ont guidé l'élaboration de ce cadre de référence s'inspirent du Plan d'action.

**Le pouvoir d'agir** : capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent, et cela, en dépit de certains symptômes ou handicaps. D'ailleurs, la participation des utilisateurs, des familles et des proches aux exercices de planification des services de santé mentale découle de ce principe.

**Le rétablissement** : approche qui accorde une priorité au rétablissement de la personne dans sa globalité en l'accompagnant dans son projet de vie. Pour ce faire, il faut contribuer au développement des moyens qui lui donneront de l'espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société.

**L'accessibilité** : importance d'offrir localement des services de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne de qualité et d'assurer un passage fluide vers des services spécialisés et surspécialisés lorsque cela est nécessaire.

**La continuité** : nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent les interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la trajectoire des soins.

**Le partenariat** : nécessité de collaboration entre les fournisseurs de services, les familles et les ressources de la communauté.

**L'efficience** : organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un rendement optimal.

### **4. Objectifs généraux**

Le cadre de référence vise, entre autres, à favoriser le développement d'un langage commun entre les acteurs qui sont déjà directement concernés par la consolidation des services de 1<sup>re</sup> ligne.

En Montérégie, on retient les objectifs généraux suivants pour le déploiement des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes.

- a) À partir des balises du Plan d'action, rendre rapidement accessibles les services spécifiques de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale lorsque requis, dans une perspective

de soins en collaboration, pour les adultes aux prises avec des troubles modérés et qui ont besoin d'être évalués et traités rapidement tant sur le plan médical, que psychiatrique ou psychosocial.

- b) Offrir à la clientèle traitée des possibilités de rétablissement et donner un rôle actif aux personnes significatives qui l'entourent.
- c) Baser les interventions et l'organisation des services de manière à correspondre, en autant que possible, aux approches, interventions et modèles reconnus efficaces.
- d) Miser sur le respect et sur la reconnaissance de l'apport de tous les partenaires pour accroître la collaboration, la concertation et la confiance nécessaires au travail dans une perspective de soins en collaboration.

## **5. Objectifs d'accessibilité à la prestation des services**

En 2006, 155 000 adultes (soit 14 % de la population adulte) ont été vus pour un trouble mental par des omnipraticiens en cliniques privées, dont 12 000 adultes pour un trouble sévère<sup>1</sup>. Ces statistiques démontrent l'importance de soutenir les omnipraticiens avec les équipes de 1<sup>re</sup> ligne et de maintenir des liens avec la 2<sup>e</sup> ligne.

|                             | <b>Nombre d'adultes<br/>rejoins en<br/>2007-2008</b> | <b>Cible ministérielle<br/>pour 2009-2010</b> | <b>Situation au 31 mars 2008</b> |
|-----------------------------|--|---|----------------------------------|
| <b>1<sup>re</sup> ligne</b> | 5 026  | 21 889  | 23 % de la cible 2009-2010       |
| <b>2<sup>e</sup> ligne</b>  | 15 000   | 10 944  | 135 %* de la cible 2009-2010     |

\* Il est important de préciser que les 4 000 usagers vus au-delà de la cible ministérielle de 2<sup>e</sup> ligne ne sont pas automatiquement transférables en 1<sup>re</sup> ligne.

|                             | <b>Délai de réponse à<br/>la demande</b> | <b>Délai pour le<br/>traitement</b> | <b>Situation au 31 mars 2008</b>                 |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <b>1<sup>re</sup> ligne</b> | 7 jours                                  | 30 jours                            | Aucune information sur la liste d'attente        |
| <b>2<sup>e</sup> ligne</b>  | 14 jours                                 | 60 jours                            | 391 personnes en attente depuis plus de 60 jours |

---

<sup>1</sup> Données RAMQ 2006.

## **Consolidation des équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale**

- a) 292 postes d'intervenants cliniques requis selon les ratios du Ministère (annexe II).
- b) En 2007-2008 : 77 postes d'intervenants cliniques disponibles, soit 25 % du nombre requis.
- c) En 2008-2009 : allocation budgétaire permettant l'ajout de 45 postes cliniques pour un total de 122, portant les effectifs à 41 % du nombre requis.
- d) Seuil critique pour l'actualisation du guichet d'accès aux services : 80 % du nombre de postes cliniques requis.
- e) Investissement nécessaire estimé à 12 M\$, soit des allocations budgétaires de 3 M\$ sur une période de 4 années consécutives.

Le déploiement des équipes de 1<sup>re</sup> ligne permettra, au cours des prochaines années, de traiter les usagers dans le service le plus approprié à leur condition (bureaux d'omnipraticiens, services de 1<sup>re</sup> ou de 2<sup>e</sup> ligne).

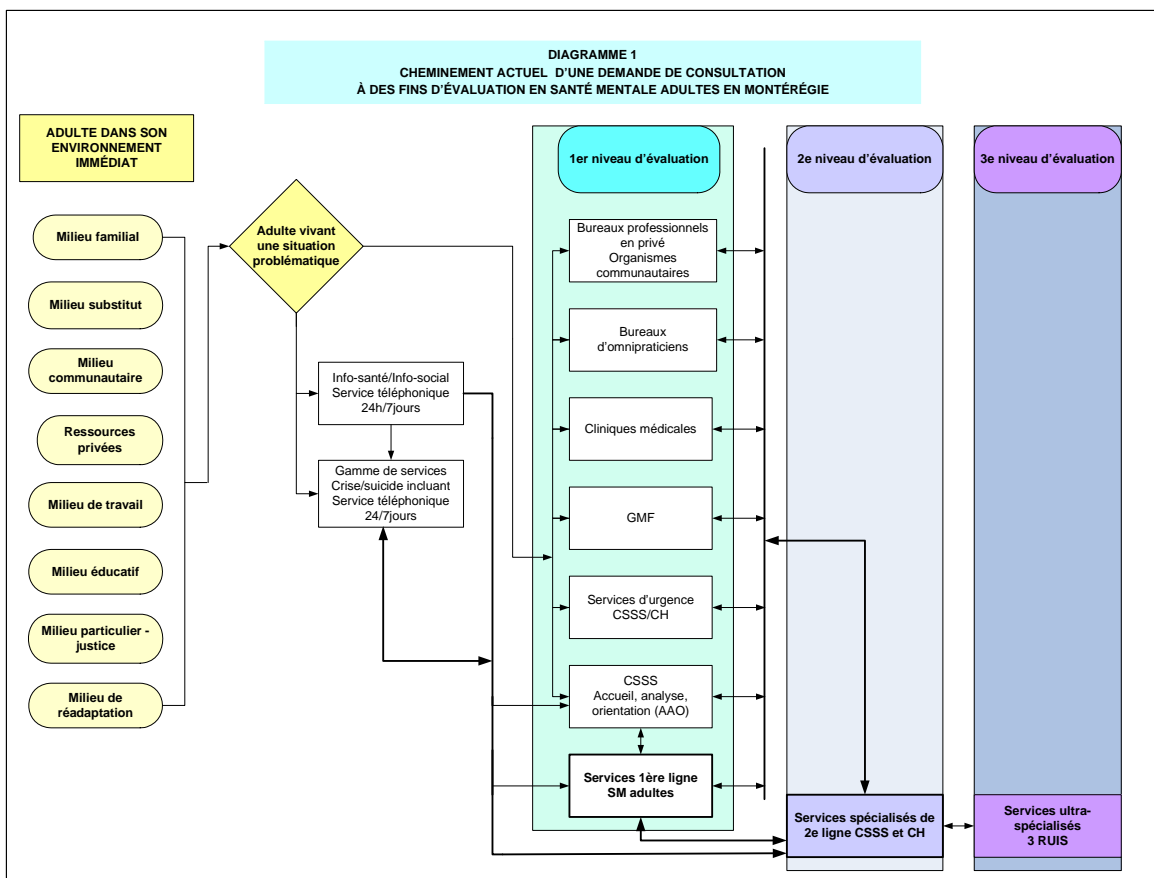


## II – MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES

### 1. Modèle existant

Le déploiement des premiers services en santé mentale adultes de 1<sup>re</sup> ligne dans les CLSC remonte à 1991. En raison du sous-financement de ce programme, la région de la Montérégie a été dans l'incapacité d'accroître de manière significative l'offre de service de 1<sup>re</sup> ligne adultes au cours de la dernière décennie.

Dans ce contexte, nous constatons que la majorité des adultes rejoints en 2<sup>e</sup> ligne par les cliniques externes de psychiatrie sont directement référés par les omnipraticiens, les médecins spécialistes ou par les services des urgences hospitalières.



## **2. Constats**

L'analyse du modèle existant a permis le constat de 11 domaines d'activité problématiques.

### **2.1 Coordination des services**

- a) Problèmes causés par de multiples portes d'entrée concernant l'accueil, l'évaluation et la référence entre partenaires.
- b) Modalités d'accès aux services pour les adultes aux prises avec des troubles mentaux modérés, incluant la dépression majeure, pas suffisamment définies ni connues.
- c) Mécanismes très diversifiés d'orientation et de référence en crise majeure, incluant le suicide, et référence aux services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne largement utilisée.
- d) Éventail de l'offre de service en santé mentale dans la communauté pas suffisamment connu des intervenants des établissements.
- e) Rôles et responsabilités des dispensateurs de services pas suffisamment connus.
- f) Travail en silo des dispensateurs qui évaluent à tour de rôle les adultes aux prises avec des troubles mentaux.
- g) Travail en équipe basé sur une collaboration pas suffisamment valorisé.

### **2.2 Services spécifiques**

- a) Manque de services spécifiques accessibles en 1<sup>re</sup> ligne santé mentale des CSSS causant une utilisation non pertinente des urgences.

### **2.3 Départements de psychiatrie**

- a) Absence de département de psychiatrie dans 4 CSSS regroupant 308 825 adultes (soit 28 % de la population adulte).
- b) Le découpage territorial des 11 CSSS ne correspond pas au découpage des 8 secteurs de desserte des services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne, dans un contexte de réaffirmation du principe de libre choix de l'utilisateur et de sa famille. On estime donc qu'environ 4 403 adultes pourraient changer d'établissement, notamment pour les adultes des 4 CSSS n'offrant pas de services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne dans leur réseau local de services (annexe I).

## 2.4 Services ambulatoires

- a) Dépendance par rapport à l'offre de services ambulatoires des dispensateurs de la région de Montréal-Centre.
- b) 2 639 adultes rejoints dans les cliniques externes de psychiatrie<sup>2</sup> (annexe I).
- c) 27 psychiatres équivalent temps complet (ETC) de Montréal-Centre offrent des services d'évaluation et de traitement à la population de la Montérégie, ce qui correspond à 25 % du nombre de psychiatres desservant les Montérégiens.

## 2.5 Offre de service et ressources

- a) Quasi-absence d'organisation de services visant à offrir les programmes requis pour les adultes présentant des problèmes de comorbidité.
- b) Optimisation des services Info-Social en cours et nécessité d'actualiser un modèle intégré des services destinés aux personnes en crise et aux personnes à potentiel suicidaire élevé (mise en réseau des services du territoire local).
- c) Absence de mandat de la part de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Agence) visant à estimer la dangerosité et l'urgence d'intervenir dans le cadre de la mise en application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38). Dans ce contexte, 5 000 transports ambulanciers sont annuellement effectués dans les RLS de la Montérégie, soit pour un problème psychiatrique, de comportement ou pour une tentative de suicide.
- d) Plusieurs zones de rupture sur la trajectoire de services en raison de l'absence d'éléments clés de la gamme de services requis, particulièrement en matière de crise/suicide.
- e) Offre de service des organismes communautaires inégalement déployée sur les 11 RLS.

## 2.6 Main-d'œuvre

- a) Pénurie d'effectifs médicaux en médecine générale pour assurer le suivi des patients orphelins.

---

<sup>2</sup> Données de la RAMQ 2003-2004, adultes rejoints en clinique externe.

- b) Difficultés majeures pour assurer le recrutement d'omnipraticiens au sein des équipes en santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne.
- c) Plan régional des effectifs médicaux en psychiatrie tenant compte des besoins accrus des Montérégiens, ainsi que du retour possible, en Montérégie, de la clientèle utilisant les services de 2<sup>e</sup> ligne des établissements de Montréal-Centre.
- d) Pénurie de psychiatres dans les 8 établissements concernés de la Montérégie et difficultés de rétention des effectifs psychiatriques. Le nombre de psychiatres par 100 000 personnes est un des plus faibles de la province et nettement en deçà du ratio retenu par différentes instances.
- e) Rôle de psychiatre répondant à titre de soutien aux dispensateurs de la 1<sup>re</sup> ligne non actualisé.

## **2.7 Approche de rétablissement**

- a) Faible niveau d'actualisation de l'approche de rétablissement dans les services de santé mentale des CSSS.

## **2.8 Activités d'information et de sensibilisation**

- a) Faible niveau d'activités d'information et de sensibilisation de la population visant à réduire la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale.

## **2.9 Diagnostic**

- a) Maladies mentales courantes pas suffisamment diagnostiquées en 1<sup>re</sup> ligne.

## **2.10 Outil de référence**

- a) Absence d'outil de référence standardisé pour transmettre les informations cliniques de base entre les partenaires concernés.

## **2.11 Aspects cliniques**

- a) Différence dans la compréhension des aspects cliniques entre les dispensateurs de 1<sup>re</sup> ligne.

### **3. Modèle proposé**

Le modèle d'organisation repose principalement sur 2 aspects : l'identification du CSSS comme organisme pivot et l'approche axée sur les soins en collaboration autant entre les différents intervenants qu'entre les différents niveaux de services.

#### **3.1 Mandat des CSSS**

##### **3.1.1 Coordonner le déploiement de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne**

- a) Déterminer les services requis en 1<sup>re</sup> ligne santé mentale (évaluation, traitement, suivi).
- b) Déterminer les besoins relatifs aux interventions de crise, aux visites à domicile et à la promotion des services en santé mentale.
- c) Déterminer la composition optimale de l'équipe en fonction des orientations ministérielles et du projet de loi 50<sup>3</sup> visant à modifier le Code des professions.
- d) Instaurer des pratiques cliniques favorisant le rétablissement.
- e) Développer la pratique interdisciplinaire au sein de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne, soit les tâches de liaison et de communication, les modes de soutien mutuel ainsi que la gestion des responsabilités et des enjeux légaux.
- f) Gérer les épisodes de soins et implanter les contrats thérapeutiques, les modèles d'autotraitement ou d'autogestion et les guides de pratique clinique.
- g) Mettre en place des mécanismes de soutien aux équipes pour l'implantation et l'actualisation des pratiques cliniques, dont la supervision clinique et le développement des compétences.

##### **3.1.2 Coordonner l'offre de service dans leur RLS**

- a) Obtenir l'adhésion des omnipraticiens en bureau privé ou en GMF quant au modèle proposé et convenir d'ententes.
- b) Considérer, pour les partenaires, le soutien clinique à offrir, le transfert des connaissances à opérer et l'implication communautaire à effectuer.

---

<sup>3</sup> *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*

- c) Identifier les rôles et les fonctions des différents intervenants de l'équipe santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne ainsi que la contribution spécifique des psychiatres répondants, des omnipraticiens de cliniques privées et de GMF, des familles et des proches.

### **3.1.3 Actualiser le guichet d'accès**

Tout en tenant compte des spécificités locales des RLS, la mise en place des guichets d'accès santé mentale adultes 1<sup>re</sup> ligne doit assurer :

- a) l'accès aux services de 2<sup>e</sup> ligne, au besoin;
- b) le cheminement fluide des personnes entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne;
- c) l'équité d'accès aux services de 1<sup>re</sup> ligne dans les 11 territoires locaux;
- d) l'offre de consultations cliniques aux familles et aux proches, aux omnipraticiens des cliniques privées et des GMF ainsi qu'aux partenaires des autres continuums concernés.

#### **3.1.3.1 Conception**

- a) Le guichet d'accès fait partie de l'équipe santé mentale (imputabilité du CSSS).
- b) Il est considéré comme la porte d'entrée de la population qui sollicite des services au CSSS via l'accueil-analyse-orientation (AAO) ou qui y est référée par un partenaire identifié du réseau.
- c) Il est le lieu où s'effectue le choix de l'orientation des usagers. Les représentants des divers niveaux de soins sont régulièrement consultés par rapport à l'orientation à donner lors de situations complexes.
- d) Il assure l'accompagnement<sup>4</sup> des adultes concernés, par l'entremise de la fonction liaison, vers les services appropriés plutôt que de simplement les référer à des services, et ce, dans le but d'éviter les ruptures de services.
- e) Il permet la coordination dans le réseau de services intégrés et il améliore ainsi de manière significative la collaboration entre les équipes de soins.
- f) La participation des partenaires au guichet d'accès constitue une valeur ajoutée dans le déploiement du réseau intégré de services, notamment pour les adultes présentant des problèmes de comorbidité.

---

<sup>4</sup> Par accompagner, on entend le soutien à offrir à la personne pour l'aider à obtenir les services dont elle a besoin.

### **3.1.3.2 Fonctions**

- a) Recevoir les demandes de services des partenaires de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne (transfert des clients stabilisés) et les traiter promptement.
- b) Contacter les usagers, les référents et les personnes concernées et recueillir les informations pertinentes, au besoin.
- c) Évaluer les besoins, identifier le requis de services et orienter la demande en se guidant sur le cadre de partage des problématiques cliniques.
- d) Consulter et faire participer la famille et les proches, avec l'accord de l'utilisateur, lorsque nécessaire.
- e) Diriger rapidement vers la 2<sup>e</sup> ligne au besoin.
- f) Donner une rétroaction au référent et à l'utilisateur.
- g) Gérer la liste d'attente selon les délais d'accès du Plan d'action.
- h) Discuter des cas complexes en réunion de concertation avec les partenaires concernés du réseau.

### **3.1.3.3 Quelques conditions de succès**

- a) Les partenaires et les cliniciens du réseau référant au guichet d'accès doivent fournir les informations pertinentes nécessaires à l'orientation de l'utilisateur (résumé de la condition clinique, traitement en cours, impression diagnostique, bilan de santé, etc.) afin qu'il ne soit pas nécessaire de le réévaluer au guichet d'accès.
- b) L'élaboration d'un outil de référence (ou d'évaluation) commun pour tous les partenaires permettrait d'inscrire les informations pertinentes et de les transmettre de manière rapide et claire (utilisation des outils simples, clairs et partagés entre les organisations et les intervenants concernés).
- c) La fonction de coordination de l'accessibilité aux services de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne constitue un moyen concret d'actualiser le cadre de partage des problématiques cliniques et d'assurer la fluidité entre les niveaux de services.

## **3.2 Paramètres pour des soins en collaboration**

Le déploiement des services de 1<sup>re</sup> ligne renforce le rôle des soins primaires (omnipraticiens) comme pierre angulaire du système de soins de santé. Ce repositionnement des services devra s'appuyer sur des partenariats et des modèles de prise en charge conjoints entre les médecins de famille, les équipes de santé mentale de

1<sup>re</sup> ligne, les services spécialisés de psychiatrie et l'ensemble des autres partenaires de la communauté.

Il existe plusieurs modèles de collaboration plus collégiaux et interactifs favorisant une approche globale et intégrée des problèmes de santé physique et mentale et visant à garantir une meilleure continuité de soins qu'il nous faudra explorer.

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale a aussi développé, traduit et publié une trousse d'implantation des soins en collaboration en santé mentale et des guides de développement des services pour différentes populations particulières. Il s'agit d'outils très riches qui pourront nous apporter certaines des solutions<sup>5</sup>.

### **3.2.1 Collaboration avec les omnipraticiens**

Actuellement, la tâche des omnipraticiens est colossale et complexe. Il serait irréaliste de leur demander de fournir plus d'efforts. Par contre, s'ils sont soutenus, outillés, et qu'on leur permet d'avoir accès plus rapidement à l'expertise dont ils ont besoin, leur temps et leurs efforts gagneront en efficacité. C'est pourquoi il sera de notre devoir de développer les outils et les meilleures pratiques cliniques en santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne qui leur sont nécessaires.

À la suite de l'adoption du cadre de référence, les membres du RCA poursuivront leur réflexion sur les modèles de collaboration à retenir ainsi que sur les stratégies suivantes :

- a) la collaboration entre les médecins de famille, les services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne et les ressources communautaires;
- b) l'implication des services spécialisés en santé mentale au soutien à la prestation des soins de 1<sup>re</sup> ligne;
- c) l'élaboration de nouveaux liens entre les médecins de famille et les psychiatres;
- d) la consolidation des liens de collaboration entre tous les partenaires concernés.

Ces modèles de collaboration permettront de faciliter l'accès aux soins de santé mentale et les dispensateurs seront conjointement responsables de l'offre de services déployée pour les adultes concernés.

---

<sup>5</sup> Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, *Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs*. Février 2006.



### **3.2.2 Collaboration avec les différents acteurs**

À la suite de l'adoption du cadre de référence, les travaux se poursuivront dans les 11 RLS afin de préciser les aspects cliniques et organisationnels, soit les rôles et responsabilités, l'imputabilité et les zones de collaboration entre les acteurs, soit :

- a) les cliniques médicales et les GMF;
- b) les organismes mandatés en regard de l'intervention de crise incluant le suicide;
- c) les services psychosociaux généraux, dont l'Info-Social;
- d) les organismes communautaires;
- e) les services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale et les autres continuums concernés;
- f) les services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne et de 3<sup>e</sup> ligne ainsi que les partenaires des autres continuums concernés.

De plus, il faudra s'assurer de la disponibilité de l'expertise-conseil de 2<sup>e</sup> ligne aux équipes de 1<sup>re</sup> ligne et du soutien aux acteurs intersectoriels.

### 3.3 Cheminement de la demande

Un des principaux défis consiste dans le cheminement rapide et facile de la demande vers la bonne combinaison de ressources permettant le rétablissement, et ce, peu importe où la personne présente sa demande. Pour y arriver, une des premières tâches à accomplir est de promouvoir les services offerts auprès de la population et de faire en sorte que les ressources disponibles soient bien connues des intervenants de tout le réseau.

Dans la perspective de la hiérarchisation des services, le diagramme 2 montre l'ensemble des portes d'entrée en amont du guichet d'accès où présenter une demande de consultation aux différents dispensateurs identifiés.

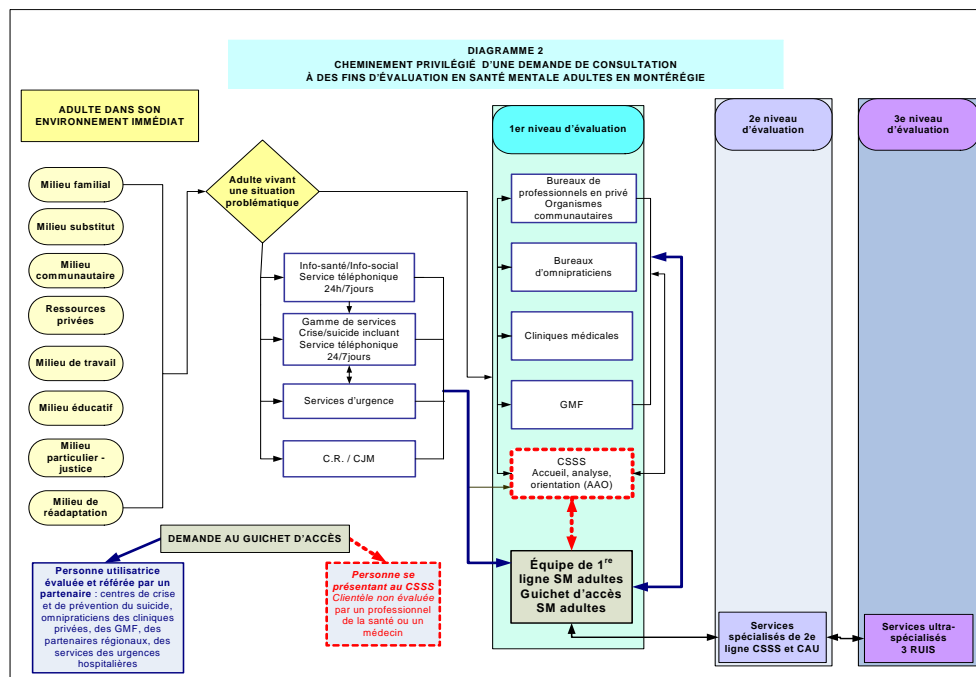
Selon la provenance de la demande, on note 2 modalités d'accès à l'évaluation vers le guichet d'accès.

Pour les adultes connus des partenaires (centres de crise et de prévention du suicide, spécialistes, omnipraticiens des cliniques privées, GMF, partenaires régionaux) :

- la demande sera dirigée vers le guichet d'accès de la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale.

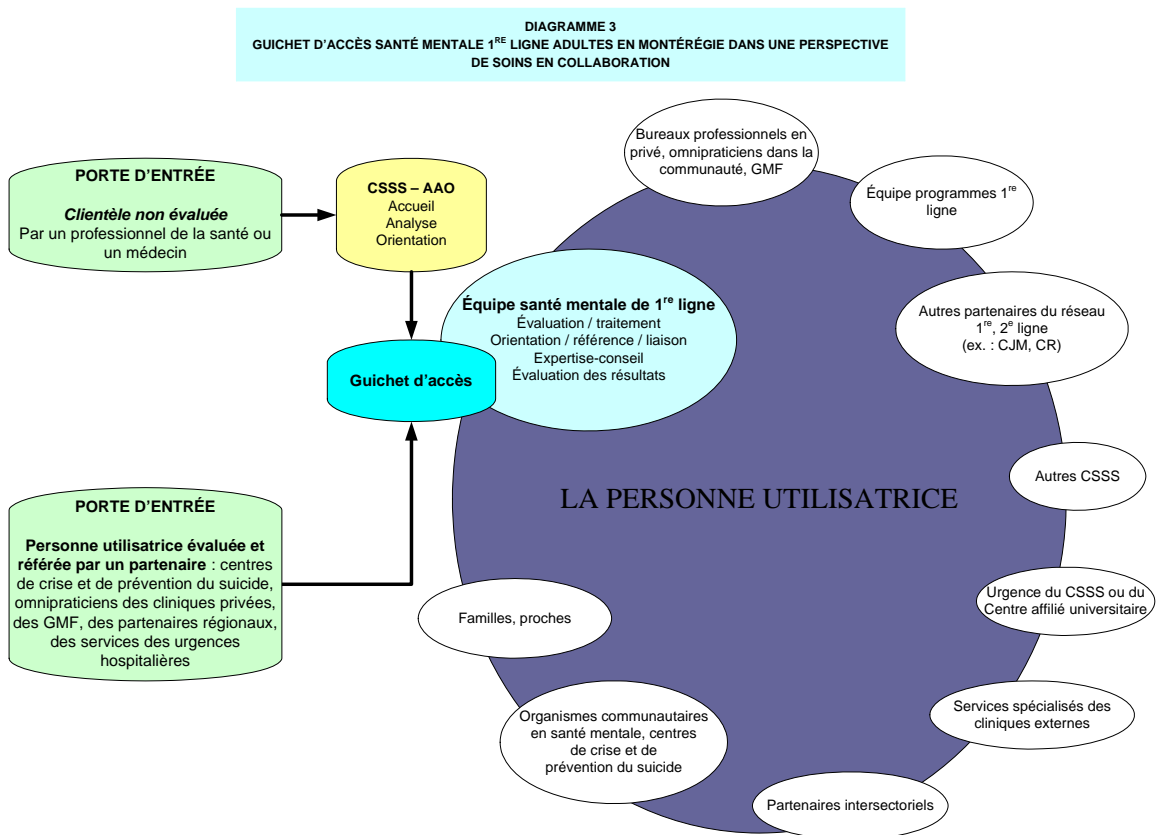
Pour les adultes qui ne sont pas déjà inscrits dans les services de la 1<sup>re</sup> ligne de santé mentale, dans les cliniques externes de psychiatrie ou qui ne sont pas référés par un partenaire et qui se présentent au CSSS :

- la demande de service sera traitée à l'accueil des services psychosociaux généraux, puis dirigée vers le guichet d'accès santé mentale, lorsque nécessaire.



Considérant l'ampleur de ce changement, il faudra promouvoir l'adhésion de cette approche auprès de tous les partenaires et se doter d'une stratégie d'information appropriée auprès des référents habituels : l'AAO, les services psychosociaux généraux, les omnipraticiens des cliniques médicales et des GMF ainsi que les organismes communautaires.

Le diagramme 3 situe le guichet d'accès dans une perspective de soins en collaboration, en tenant compte des portes d'entrée.



### 3.4 Clientèle cible

Selon le Plan d'action, les services de 1<sup>re</sup> ligne santé mentale adultes devraient rejoindre les adultes âgés de 18 à 100 ans présentant des troubles mentaux modérés ou des troubles sévères dont l'état est stabilisé.

En phase de déploiement, il faudra s'assurer que le transfert des adultes stabilisés de la 2<sup>e</sup> ligne vers la 1<sup>re</sup> ligne soit effectué progressivement, en tenant compte des effectifs cliniques disponibles, et ce, afin d'éviter d'engorger les services de 1<sup>re</sup> ligne.

### **3.4.1 Attention particulière à accorder**

- a) Aux personnes d'expression anglaise afin d'assurer la continuité entre les différents niveaux de services;
- b) Aux adultes qui se voient refuser l'accès aux services en raison de leur problématique clinique, de leur comportement de consommation ou d'agressivité ou tout autre problème de comportement;
- c) Aux adultes en crise référés en 1<sup>re</sup> ligne et possédant un potentiel suicidaire;
- d) Aux personnes dont la problématique fait en sorte qu'elles ne demandent pas de services;
- e) Aux personnes âgées aux prises avec un trouble mental associé au processus de vieillissement;
- f) Aux jeunes sur le point d'atteindre l'âge adulte, afin d'assurer la continuité des services cliniques déjà offerts par les équipes santé mentale jeunes et des centres jeunesse de la Montérégie (CJM).

### **3.4.2 Modalités à prévoir**

- a) Repérage efficace et systématique des maladies mentales courantes, dont les troubles anxieux et dépressifs et les premiers épisodes de psychose.
- b) Identification de modalités d'accès aux services pour les personnes qui n'arrivent pas à obtenir les services appropriés en raison de leur problématique clinique, de leur comportement de consommation ou d'agressivité ou de tout autre problème de comportement.
- c) Demandes de consultations des omnipraticiens qui réfèrent systématiquement la personne aux psychiatres de la 2<sup>e</sup> ligne et à l'urgence au lieu de la diriger vers les centres de crise ou de prévention du suicide ou vers le guichet d'accès (problèmes légaux et éthiques à résoudre).

## **3.5 Répartition des problématiques cliniques**

Récemment, dans le cadre de l'implantation du guichet d'accès en santé mentale, certains CSSS ont élaboré et mis en application un cadre de partage des problématiques cliniques entre les services psychosociaux généraux et les services de santé mentale de 1<sup>re</sup>, de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne.

Selon les ressources locales, le mode de répartition s'est développé de manière inégale d'un réseau à l'autre. Cependant, on note un consensus à l'effet qu'il est préférable de ne

pas utiliser que le diagnostic pour déterminer le requis de service, puisque les besoins et les ressources déjà en place sont très hétérogènes.

### **3.5.1 Répartition des clientèles selon les services à offrir en tenant compte :**

- a) de la nature, l'intensité et la sévérité des symptômes;
- b) du niveau de fonctionnement de la personne;
- c) des facteurs environnementaux ou problèmes psychosociaux;
- d) de la complexité de la situation et la présence ou non de comorbidité;
- e) des ressources de la personne, du soutien de son réseau naturel et des organismes déjà impliqués.

Considérant tous ces facteurs, l'utilisateur sera orienté vers la combinaison de ressources pouvant répondre à ses besoins, c'est-à-dire vers le niveau le plus approprié de soins et de soutien dans les CSSS, en collaboration avec les partenaires identifiés du réseau.

### **3.5.2 Choix du requis de services en tenant compte :**

- a) du soutien clinique à offrir aux intervenants déjà concernés pour éviter un transfert de la clientèle;
- b) du type de collaboration à installer entre les partenaires du réseau pour répondre aux requis de services et développer une vision mobilisatrice en mettant en commun les ressources;
- c) du type de services spécialisés en place dans les différents niveaux de soins.

### **3.5.3 À la suite de l'adoption du cadre de référence, poursuite des travaux afin de préciser les aspects cliniques suivants :**

- a) l'orientation des adultes stabilisés qui devra se faire en fonction des critères cités précédemment, en particulier l'adéquation entre les besoins de l'utilisateur et les ressources disponibles;
- b) les balises cliniques régionales communes pour faciliter le cheminement de l'utilisateur à travers les services hiérarchisés, de façon bidirectionnelle, et ce, tout en respectant les spécificités locales.



## **III – DÉPLOIEMENT DU MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES**

### **1. *Stratégies d'implantation***

En 2005-2006, l'Agence a alloué un montant de 3 M\$ pour 37 postes d'intervenants cliniques répartis entre les 11 CSSS et un montant récurrent de 3,7 M\$ pour 45 postes en 2008-2009.

Pour assurer une partie du déploiement de l'offre de service de 1<sup>re</sup> ligne et en tenant compte de la population des territoires locaux pondérée par un indice de besoin, la répartition de cette allocation permettra d'avoir une masse critique d'intervenants, soit 41 % du nombre de postes cliniques requis dans les 11 CSSS.

Les membres du RCA Santé psychosociale adultes retiennent 5 stratégies d'implantation.

#### **Première stratégie**

Agir avec équité sur le plan du partage des allocations budgétaires en tenant compte du nombre d'adultes à rejoindre ainsi que des ressources financières déjà allouées à la 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes des CSSS.

#### **Seconde stratégie**

Consolider et mettre en place les services requis d'évaluation et de traitement de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes. Déterminer et mettre sur pied l'encadrement et le soutien clinique et administratif requis pour atteindre les cibles ministérielles. Le coût pour répondre à environ 80 % de la population ciblée est estimé à environ 12 M\$, ce qui représente un investissement de 3 M\$ (annexe II) pour chacune des 4 prochaines années.

#### **Troisième stratégie**

Assurer un encadrement clinique et administratif aux équipes de 1<sup>re</sup> ligne.

#### **Quatrième stratégie**

Mettre en place une stratégie de transfert de connaissances et de développement des compétences en lien avec les meilleures pratiques organisationnelles et cliniques qui influencent la qualité des services.

#### **Cinquième stratégie**

Mesurer les résultats pour se positionner au fur et à mesure du déploiement afin de mieux consolider les acquis, de mettre en place des indicateurs pour aider celui-ci et utiliser une approche appréciative plutôt que coercitive.

## **2. Services à développer ou à consolider**

En amont des services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne et outre la consolidation des équipes de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale adultes, il est également nécessaire de développer ou de consolider certains services prioritaires.

### **2.1 Modèle intégré de services crise/suicide**

- a) Les services d'Info-Social.
- b) La gamme de services en matière de crise suicidaire<sup>6</sup> comprenant :
  - l'intervention téléphonique 24 heures/7 jours;
  - l'intervention en période de crise suicidaire (évaluation, aide, suivi, relance);
  - l'intervention préventive, surtout auprès de personnes en difficultés (*reaching out*) ainsi que les services de postvention ou aux endeuillés;
  - la diffusion d'information et le soutien aux proches;
  - le suivi étroit et de durée suffisante pour les adultes avec un potentiel suicidaire élevé.
- c) La gamme de services en matière de crise comprenant :
  - l'intervention téléphonique 24 heures/7 jours;
  - un service mobile d'intervention de crise « face à face » dans la communauté incluant l'actualisation de l'article 8 de la Loi P-38;
  - l'intervention de crise de courte durée;
  - l'hébergement de crise.

### **2.2 En amont des services spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne :**

Le repérage efficace des maladies mentales courantes par l'ensemble des partenaires.

- a) Des services d'évaluation psychosociale et de liaison dans les urgences hospitalières favorisant au maximum l'arrimage avec les dispensateurs de services et l'accès aux services adéquats.
- b) Notons également que les travaux effectués en regard des autres éléments du continuum de services adultes indiquent que les services de réadaptation et de soutien dans la communauté, tels que le soutien d'intensité variable, le soutien au logement,

---

<sup>6</sup> Le document intitulé *La stratégie montréalaise face au suicide* constitue le point de référence pour la consolidation des services actuels.



au travail ou aux études ainsi que les services de réadaptation pour les adultes hébergés doivent être consolidés.

### **2.3 Pour les adultes d'expression anglaise**

Considérant que l'un des défis majeurs est de rejoindre en 1<sup>re</sup> ligne plus de 20 000 adultes par année et d'assurer l'autonomie régionale dans un contexte de redéploiement des services de santé mentale de la région de Montréal-Centre, il est nécessaire de tenir compte des 3 aspects suivants :

- a) besoins de la clientèle d'expression anglaise qui utilise les services des cliniques externes de psychiatrie des établissements de la région de Montréal-Centre;
- b) offre de service de 1<sup>re</sup> ligne de 7 CSSS aux adultes d'expression anglaise ainsi qu'aux personnes des territoires avoisinants;

**Ces CSSS sont :**

- Champlain
  - Jardins-Roussillon
  - Suroît
  - Pommeraie
  - Haut-St-Laurent
  - Vaudreuil-Soulanges
  - Haute-Yamaska
- c) maintien de l'accès aux services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne avec les hôpitaux de Montréal-Centre ou développement de services adaptés dans les territoires concernés.



## **IV – CONDITIONS ESSENTIELLES AU DÉPLOIEMENT DU MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES**

### **1. *Établissement d'une vision commune***

- a) Adhésion et engagement à soutenir l'implantation du modèle d'organisation des services de la part de tous les acteurs, soit :
  - les directions des établissements impliqués dans la mise en œuvre du projet retenu;
  - les omnipraticiens des bureaux privés, des GMF et des CSSS;
  - les psychiatres;
  - les médecins spécialistes;
  - les psychologues des bureaux privés;
  - les organismes communautaires;
  - les utilisateurs de services;
  - les intervenants des services psychosociaux courants et ceux de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne;
  - les familles et les proches.
- b) Cadre de partage des problématiques cliniques et cheminement privilégié par le modèle d'organisation des services.
- c) Stratégie de concertation à mettre en place entre les différents RCA concernés par l'actualisation de ce modèle et celui de services intégrés crise/suicide.

### **2. *Modalités assurant l'accessibilité et la continuité des services***

- a) Clarification des rôles et responsabilités des omnipraticiens et des dispensateurs de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne.
- b) Clarification des mandats proposés à ces dispensateurs.
- c) Identification des zones d'arrimage à prioriser entre les partenaires en vue d'assurer la fluidité des services entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne en tenant compte :
  - des contraintes actuelles du découpage territorial;
  - du libre choix des personnes et de leur famille;
  - de l'approche populationnelle.
- d) Adoption d'outils cliniques communs pour la référence et le transfert d'informations cliniques de base entre les partenaires.

- e) Identification d'outils d'évaluation adaptés aux différents types d'intervenants cliniques de 1<sup>re</sup> ligne afin d'assurer une bonne orientation de la demande de l'utilisateur à l'intérieur du continuum de services.
- f) Optimisation de la liaison entre les différents services de crise/suicide, le service Info-Social, les services dans la communauté, les services de 1<sup>re</sup> ligne et les services spécialisés, et ce, dans une organisation de services accessibles en amont de la salle d'urgence.
- g) Adoption d'un cadre de partage des problématiques cliniques entre les dispensateurs concernés pour actualiser la hiérarchisation des services.
- h) Conclusion d'ententes pour établir les corridors de services pour la population nécessitant des services de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale adultes et pour les CSSS qui ne disposent pas de ce type de services sur leur territoire. En raison de leur état psychique stabilisé, 4 403 adultes sont susceptibles de changer d'établissement pour avoir accès aux services spécialisés ou être transférés en 1<sup>re</sup> ligne; ils représentent 41 % de la population adulte ciblée par les services de 2<sup>e</sup> ligne en clinique externe (annexe I).
- i) Précision des mécanismes de collaboration, de concertation et de coordination entre les partenaires (ententes de services, mécanismes de référence, grille de priorisation, grille du degré d'urgence, etc.).

### **3. Disponibilité des ressources**

- a) Obtention des budgets requis pour actualiser le modèle dans les 11 territoires locaux. La Montérégie doit disposer d'une masse critique d'intervenants cliniques pour atteindre les résultats escomptés.
- b) Obtention de montants additionnels pour défrayer le coût des espaces locatifs requis et identifiés dans les plans fonctionnels et techniques des établissements.
- c) Stratégies visant la rétention des ressources cliniques pour assurer la continuité des services déjà offerts.
- d) Recrutement d'omnipraticiens dans les équipes santé mentale adultes selon le ratio retenu dans le Plan d'action.
- e) Rétention de nouveaux psychiatres pour couvrir les besoins des Montérégiens et accroître le nombre de psychiatres dans le plan régional des effectifs médicaux.
- f) Utilisation optimale de toutes les ressources en place afin d'assurer un partenariat entre les dispensateurs de services et les niveaux de services et offre aux adultes souffrant d'un trouble mental ou en crise d'un traitement de qualité qui réponde à la diversité de leurs besoins.

#### **4. Soutien à l'implantation**

- a) Plan de promotion du modèle d'organisation des services proposé incluant les outils pratiques élaborés et mis en place par un travail clinique efficace entre les dispensateurs mandatés des valeurs, telles que le travail interdisciplinaire, le soutien communautaire et le soutien clinique.
- b) Identification de stratégies visant la mobilisation des omnipraticiens.
- c) Mise en œuvre de mesures concrètes pour assurer la rétention des ressources cliniques et assurer la continuité des services.
- d) Mise en application des meilleures pratiques cliniques reconnues, accès à des activités de développement des compétences et de transfert de connaissances, à de la supervision et à de l'accompagnement professionnel clinique.



## **V – DÉFIS INHÉRENTS À L'ACTUALISATION D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES**

- a) Assurer que les intervenants de toutes les ressources du milieu connaissent les services offerts dans le réseau afin que le citoyen soit orienté le plus efficacement possible dès le premier contact.
- b) Assurer que la personne soit soutenue, accompagnée ou relancée dans ses démarches.
- c) Assurer la collecte des informations cliniques essentielles à une orientation efficace vers l'ensemble des ressources pertinentes.
- d) Assurer que la personne puisse consentir de manière éclairée à la transmission de ces informations cliniques aux partenaires pertinents du réseau dans le but d'utiliser de manière efficace les ressources. Permettre ainsi une liaison efficace entre les partenaires concernés dans l'intérêt de la personne et de l'ensemble de la population, et ce, dans le respect des règles de confidentialité.
- e) Assurer qu'un dépistage efficace des maladies mentales courantes soit fait, peu importe le lieu de consultation initiale, pour que des traitements spécifiques soient offerts lorsque nécessaires dans la perspective où plusieurs problèmes sont masqués ou peu reconnus.
- f) Assurer que les processus de référence soient clairs, simples et efficaces.
- g) Assurer que tous les intervenants du réseau puissent avoir accès à tout moment au soutien clinique d'une équipe de professionnels de référence leur permettant : de résoudre des situations cliniques complexes, d'offrir les meilleurs soins possibles à leur clientèle, de se sentir épaulés dans leur travail au sein d'une communauté de soignants et de gagner en expertise.
- h) Assurer que les personnes présentant des problèmes de santé mentale incapacitants et souffrants, mais qui n'arrivent pas à demander l'aide qui leur serait nécessaire en raison des effets mêmes d'une maladie mentale ou d'autres raisons, incluant les préjugés, soient rejointes afin de leur offrir des soins adaptés à leur situation et à leurs désirs.
- i) Assurer des pratiques claires et concertées de gestion de crise et de prévention du suicide.
- j) Assurer la diffusion des meilleures pratiques sous une forme concise et structurée et que leur application soit soutenue dans les différents services de 1<sup>re</sup> ligne.

- k) Favoriser l'utilisation optimale des alternatives à la consultation directe des services spécialisés lorsque cela est possible en vue de maintenir l'accessibilité aux ressources spécialisées en psychiatrie requises par les situations cliniques pertinentes.



## Conclusion

Le déploiement du modèle de service proposé devra s'appuyer sur des partenariats et des modèles de prise en charge conjointe entre les médecins de famille, les équipes de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne, les services spécialisés de psychiatrie et l'ensemble des partenaires de la communauté. Il s'agit d'une excellente occasion de renouveler les modes de collaboration entre tous les cliniciens du réseau, les usagers et leurs proches.

Pour y arriver, la confiance en l'expertise propre à chacun des partenaires et la sollicitation de tout le réseau, y compris les proches de l'utilisateur, devront être mises de l'avant et partagées par tous. Les enjeux relatifs à la santé mentale concernent tous les citoyens. Il est possible d'améliorer les pratiques par un partage plus intense et systématique des compétences.

Le développement des équipes de 1<sup>re</sup> ligne permettra d'améliorer grandement les soins à la population dans un contexte où :

- a) les allocations budgétaires substantielles seront guidées par le principe d'équité;
- b) les efforts conjoints des différents acteurs favoriseront l'implantation des meilleures pratiques en santé mentale dans une perspective de soins en collaboration.



## **ANNEXE I**

### **État de situation de la consommation des services spécialisés en clinique externe de psychiatrie pour les adultes aux prises avec un trouble mental**

**Montréal, année 2003-2004**



**ÉTAT DE SITUATION DE LA CONSOMMATION  
DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CLINIQUE EXTERNE  
DE PSYCHIATRIE POUR LES ADULTES AVEC UN TROUBLE  
MENTAL MONTÉRÉGIE ANNÉE 2003-2004**

| 1                       | 2                 | 3  | 4   | 5  | 6   | 7  | 8  |
|-------------------------|-------------------|--|---|--|---|--|--|
| Établissement           | Population totale | Ventilation de la population totale du CSSS selon les territoires de desserte des services de 2 <sup>e</sup> ligne | Établissements accueillant les demandes d'évaluation et de traitement provenant de la 1 <sup>re</sup> ligne santé mentale | Nombre d'adultes à rejoindre par les cliniques externes de 2e ligne<br>Requis MSSS 780/100 000 population totale | Usagers vus pour un trouble mental en clinique externe de l'établissement receveur<br>Données RAMQ<br>Année 2003-2004 | Nombre d'adultes du CSSS ayant consulté en clinique externe d'un CSSS/CH différent de l'établissement receveur 2003-2004 | Nombre d'adultes vus par les services médicaux et psychiatriques en cliniques externes des établissements de Montréal-Centre 2003-2004 |
| Vaudreuil-Soulanges     | 122 881           | Pop totale du RLS  | Suroît  | 958  | 896   | 7  | 333  |
| Sorel-Tracy             | 50 915            | Pop totale du RLS  | Sorel-Tracy   | 397  | 623   | 27   | 47   |
| Haut-St-Laurent         | 25 050            | Pop totale du RLS  | Suroît  | 196  | 82  | 18   | 47   |
| Haute-Yamaska           | 90 031            | Pop totale du RLS  | Haute-Yamaska   | 702  | 856   | 29   | 61   |
| Pommerai <sup>e</sup> 9 | 50 936            | Secteur Cowansville<br>29 817  | Haute-Yamaska   | 234  | 146   | 11   | 49   |
|                         |                   | Secteur Farnham<br>20 884  | Haut-Richelieu-Rouville   | 162  | 78  |  |  |
| Suroît                  | 56 558            | Secteur Valleyfield<br>56 558  | Suroît  | 441  | 879   | 8  | 61   |
| Jardins-Roussillon      | 191 942           | Secteur Kateri<br>45 405   | Hôp. Charles LeMoine  | 354  | 191   | 15   | 483  |
|                         |                   | Secteur J-du Québec<br>et Kateri<br>16 032   | Haut-Richelieu-Rouville   | 125  | 53  |  |  |
|                         |                   | Population restante<br>du CSSS<br>130 505  | Jardins-Roussillon  | 1 018  | 1 464   |  |  |

| <p align="center"><b>ÉTAT DE SITUATION DE LA CONSOMMATION<br/>DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CLINIQUE EXTERNE<br/>DE PSYCHIATRIE POUR LES ADULTES AVEC UN TROUBLE<br/>MENTAL MONTÉRÉGIE ANNÉE 2003-2004</b></p> |                   |  |   |   |   |  |  |
|--|-------------------|--|---|---|---|--|--|
| 1  | 2                 | 3  | 4   | 5   | 6   | 7  | 8  |
| Établissement  | Population totale | Ventilation de la population totale du CSSS selon les territoires de desserte des services de 2 <sup>e</sup> ligne | Établissements accueillant les demandes d'évaluation et de traitement provenant de la 1 <sup>re</sup> ligne santé mentale | Nombre d'adultes à rejoindre par les cliniques externes de 2e ligne Requis MSSS 780/100 000 population totale | Usagers vus pour un trouble mental en clinique externe de l'établissement receveur Données RAMQ Année 2003-2004 | Nombre d'adultes du CSSS ayant consulté en clinique externe d'un CSSS/CH différent de l'établissement receveur 2003-2004 | Nombre d'adultes vus par les services médicaux et psychiatriques en cliniques externes des établissements de Montréal-Centre 2003-2004 |
| Haut-Richelieu-Rouville  | 167 768           | Secteur Rougemont<br>7 931   | Haute-Yamaska   | 61  | 49  | 47   | 192  |
|  |                   | Pop restante du RLS<br>159 837   | Haut-Richelieu-Rouville   | 1 247   | 1 186   |  |  |
| Richelieu-Yamaska  | 201 263           | Secteur St-Bruno-de-Montarville<br>26 238  | Hôp. Charles LeMoynes   | 204   | 101   | 42   | 32   |
|  |                   | Secteur St-Antoine-sur-Richelieu<br>2 946  | Sorel-Tracy   | 23  | 32  |  |  |
|  |                   | Secteur Roxton<br>4 463  | Haute-Yamaska   | 35  | 25  |  |  |
|  |                   | Pop restante du RLS<br>167482  | Richelieu-Yamaska   | 1 308   | 1 286   |  |  |
| Champlain  | 190 853           | Population totale du RLS   | Hôp. Charles LeMoynes   | 1 488   | 1 188   | 138  | 778  |

| <p align="center"><b>ÉTAT DE SITUATION DE LA CONSOMMATION<br/>DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN CLINIQUE EXTERNE<br/>DE PSYCHIATRIE POUR LES ADULTES AVEC UN TROUBLE<br/>MENTAL MONTÉRÉGIE ANNÉE 2003-2004</b></p> |                   |  |   |   |   |  |  |
|--|-------------------|--|---|---|---|--|--|
| 1  | 2                 | 3  | 4   | 5   | 6   | 7  | 8  |
| Établissement  | Population totale | Ventilation de la population totale du CSSS selon les territoires de desserte des services de 2 <sup>e</sup> ligne                         | Établissements accueillant les demandes d'évaluation et de traitement provenant de la 1 <sup>re</sup> ligne santé mentale | Nombre d'adultes à rejoindre par les cliniques externes de 2e ligne Requis MSSS 780/100 000 population totale | Usagers vus pour un trouble mental en clinique externe de l'établissement receveur Données RAMQ Année 2003-2004 | Nombre d'adultes du CSSS ayant consulté en clinique externe d'un CSSS/CH différent de l'établissement receveur 2003-2004 | Nombre d'adultes vus par les services médicaux et psychiatriques en cliniques externes des établissements de Montréal-Centre 2003-2004 |
| Pierre-Boucher   | 249 360           | Secteur Longueuil-O.<br>66 406   | Hôp. Charles LeMoyne  | 518   | 901   | 46   | 556  |
|  |                   | Secteur Contrecoeur<br>5 798   | Sorel-Tracy   | 45  | 51  |  |  |
|  |                   | Pop restante du RLS<br>177 156   | Pierre-Boucher  | 1 386   | 1 383   |  |  |
| Total  | 1 397 557         | Population totale concernée par un changement de territoire de desserte pour accéder aux services de 2e ligne 575 952 (41,20% pop. totale) | -   | 4 403   | 3 793   | 388  | 2 639  |
|  |                   | Pop totale ayant accès aux services de 2 <sup>e</sup> ligne et de 1 <sup>re</sup> ligne dans le même CSSS 821 635                          |   | 6 499   | 7 677   |  |  |
|  |                   |  |   | 10 902  | 11 470  | 388  | 2 639  |

**Note**

- 1- 4 CSSS (en jaune) ne possèdent pas de services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne en clinique externe incluant la présence d'un département de psychiatrie.
- 2- Population totale 2006 selon le décret du gouvernement du Québec, population par CSSS et par municipalités.
- 3- Ventilation de la population des 11 CSSS selon les territoires de desserte des services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne en clinique externe tout en reconnaissant le libre choix des utilisateurs de services et de leurs familles.
- 4- Établissement accueillant les demandes d'évaluation de traitement selon les ententes en vigueur.
- 5- Nombre d'adultes à rejoindre en clinique externe selon le requis du MSSS. Les chiffres en jaune indiquent le nombre d'adultes susceptibles de changer d'établissement pour avoir accès aux services de 2<sup>e</sup> ligne.
- 6- Nombre d'adultes du CSSS ayant consulté les services de 2<sup>e</sup> ligne dans l'établissement receveur selon les ententes en vigueur.
- 7- Nombre d'adultes du CSSS ayant utilisé les services cliniques externes d'un autre établissement.
- 8- Nombre d'adultes vus par les services médicaux et psychiatriques des cliniques externes de la région de Montréal-Centre.
- 9- Les services de l'urgence du CSSS la Pommeraiie ont également rejoint 514 adultes en 2003-2004.





## **ANNEXE II**

### **Estimation de l'effort à consentir pour les réseaux locaux de services pour assurer le déploiement des équipes 1<sup>re</sup> ligne santé mentale adultes en Montérégie - 2014**



ESTIMATION DE L'EFFORT À CONSENTIR PAR LES CSSS  
POUR ASSURER LE DÉPLOIEMENT DES ÉQUIPES 1<sup>RE</sup> LIGNE SANTÉ MENTALE  
ADULTES EN MONTÉRÉGIE - 2008

| CSSS/CLSC                                | Population 2008 <sup>1</sup> |           | Facteur de pondération <sup>(2)</sup> | Population pondérée | Population à rejoindre<br>2 % pop. adultes <sup>3</sup> | Nb de postes requis <sup>4</sup> | Nb de postes cliniques ETC disponibles |
|--|------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------|---|----------------------------------|--|
| <b>1602 CSSS du Haut-Saint-Laurent</b>   | 20 014                       |           |                                       |                     |   |                                  |  |
| 16021 Huntingdon                         |                              | 20 014    | 0,891                                 | 17 832              | 357   | 4,75                             |  |
| <b>1603 CSSS du Suroît</b>               | 45 553                       |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16031 Seigneurie de Beauharnois          |                              | 45 553    | 1,101                                 | 50 154              | 1 003   | 13,37                            |  |
| <b>1604 CSSS Jardins-Roussillon</b>      | 145 773                      |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16041 Châteauguay                        |                              | 55 667    | 0,930                                 | 51 770              | 1 035   | 13,80                            |  |
| 16042 Jardins du Québec                  |                              | 18 550    | 0,895                                 | 16 602              | 332   | 4,42                             |  |
| 16043 Kateri                             |                              | 71 556    | 0,918                                 | 65 689              | 1 314   | 17,51                            |  |
| <b>1605 CSSS Champlain</b>               | 156 237                      |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16051 Saint-Hubert                       |                              | 61 646    | 0,973                                 | 59 982              | 1 200   | 16,00                            |  |
| 16052 Samuel-de-Champlain                |                              | 94 591    | 1,012                                 | 95 726              | 1 914   | 25,52                            |  |
| <b>1606 CSSS Pierre-Boucher</b>          | 193 698                      |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16061 Longueuil-Ouest                    |                              | 55 811    | 1,271                                 | 70 936              | 1 419   | 19,00                            |  |
| 16062 Simone-Monet-Chartrand             |                              | 53 756    | 1,155                                 | 62 088              | 1 242   | 16,55                            |  |
| 16063 Des Seigneuries                    |                              | 84 131    | 0,900                                 | 75 718              | 1 514   | 20,18                            |  |
| <b>1607 CSSS Haut-Richelieu-Rouville</b> | 129 038                      |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16071 Champagnat de la Vallée des Forts  |                              | 85 503    | 1,032                                 | 88 239              | 1 764   | 23,53                            |  |
| 16072 du Richelieu                       |                              | 43 535    | 0,966                                 | 42 055              | 841   | 11,21                            |  |
| <b>1608 CSSS Richelieu-Yamaska</b>       | 156 767                      |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16081 des Patriotes                      |                              | 78 563    | 0,939                                 | 73 770              | 1 475   | 19,67                            |  |
| 16082 des Maskoutains                    |                              | 65 737    | 1,042                                 | 68 561              | 1 371   | 18,28                            |  |
| 16083 de la MRC d'Acton                  |                              | 12 407    | 0,914                                 | 11 340              | 227   | 3,02                             |  |
| <b>1609 CSSS de Sorel-Tracy</b>          | 42 089                       |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16091 du Havre                           |                              | 42 089    | 1,036                                 | 43 604              | 872   | 11,62                            |  |
| <b>1610 CSSS la Pommeraie</b>            | 41 951                       |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16101 La Pommeraie                       |                              | 41 951    | 0,972                                 | 40 776              | 815   | 10,87                            |  |
| <b>1611 CSSS de la Haute-Yamaska</b>     | 70 701                       |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16111 de la Haute-Yamaska                |                              | 70 701    | 1,061                                 | 75 014              | 1 500   | 20,00                            |  |
| <b>1612 CSSS Vaudreuil-Soulanges</b>     | 90 623                       |           |                                       |                     | -   | -                                |  |
| 16121 La Presqu'Île                      |                              | 90 623    | 0,935                                 | 84 732              | 1 694   | 22,59                            |  |
| <b>Montérégie</b>                        | 1 092 444                    | 1 092 384 | 1,000                                 | 1 094 588           | 21 889  | 291,89                           |  |

1- Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), édition 2003, publié en janvier 2005.

2- Source : Statistique Canada données de recensement 2001, l'indice de faible revenu a été calculé en utilisant le nombre de personnes vivant sous le seuil de faible revenu par territoire de CLSC.

3 et 4- Source *Plan d'action en santé mentale La force des liens 2005-2010* p. 84 - Ratio de 75 adultes rejoints par intervenant clinique.