



Portraits synthèses

des services de
santé mentale adulte
de douze réseaux
locaux de services
(RLS) du Québec

**DOCUMENT
DE TRAVAIL**

Portraits synthèses des services de santé mentale adulte de douze réseaux locaux de services (RLS) du Québec

Rimouski-Neigette, Chicoutimi, Vieille-Capitale, Énergie, Memphrémagog, Dorval – Lachine –
Lasalle, Sud-Ouest-Verdun, Pontiac, Alphonse-Desjardins, Laval, Jardins-Roussillon, Richelieu-Yamaska

DOCUMENT DE TRAVAIL - AVRIL 2013

Dans le cadre des travaux des projets de recherche suivants :

Consolidation des services de première ligne et des soins partagés en santé mentale.
Pratiques et innovations. Programme Prends soin de toi – 2011-2013

&

Performance des réseaux locaux de services.
Fonds de Recherche du Québec-Santé (FRQ-S) – 2011-2015

Chercheur principal

Marie-Josée Fleury, Ph.D., Centre de recherche de l'Institut universitaire
en santé mentale Douglas (IUSMD), Université McGill

Équipe de recherche

Denise Aubé MD, M. Sc., FRCPC, Institut national de santé publique
Catherine Vallée, Ph.D., Université Laval
Alice Landry, Centre de recherche de l'IUSMD
Geneviève Cyr, Centre de recherche de l'IUSMD
Marie Desranleau, Centre de recherche de l'IUSMD



Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à la réalisation des portraits synthèses. Nous sommes fort reconnaissants envers nos partenaires des territoires à l'étude qui nous ont gracieusement fourni la documentation nécessaire et qui ont par la suite validé les portraits synthèses réalisés par notre équipe de recherche. Votre contribution nous a permis de mieux connaître vos réseaux locaux de services et de préparer les étapes de recherche subséquentes.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU DOCUMENT	5
LISTE DES ACRONYMES	6
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS RIMOUSKI-NEIGETTE	9
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS CHICOUTIMI.....	18
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS VIEILLE-CAPITALE.....	27
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS ÉNERGIE	35
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS MEMPHRÉMAGOG.....	42
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS DORVAL – LACHINE – LASALLE.....	49
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS SUD-OUEST-VERDUN	58
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS PONTIAC	67
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS ALPHONSE-DESJARDINS	73
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS LAVAL	81
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS JARDINS-ROUSSILLON	93
PORTRAIT SYNTHÈSE DU RLS RICHELIEU-YAMASKA.....	100

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

C'est avec plaisir que nous vous présentons ce recueil des portraits synthèses des douze réseaux locaux de services (RLS) participant au projet de recherche sur la consolidation des soins de première ligne et des soins partagés (Projet Prends soin de toi). En font partie, quatre RLS participant en outre au projet de recherche sur la performance des réseaux locaux (Projet FRQ-S). Le premier projet vise à évaluer le degré d'implantation du *Plan d'action en santé mentale* (PASM, 2005-10), notamment l'atteinte des objectifs de consolidation des soins de première ligne en lien avec l'intégration du dispositif local de soins de santé mentale (soit le déploiement des soins partagés ou de collaboration). L'objectif central de la deuxième étude est d'évaluer la performance des RLS au regard de l'organisation des services, des processus cliniques ainsi que des résultats sur la clientèle, et ce, en lien avec l'implantation du PASM.

Les portraits synthèses ont été élaborés à partir de la documentation qui nous a été remise par les répondants de recherche sur le terrain, et à laquelle se sont ajoutés des indicateurs issus de banques de données administratives. Il est important de noter que les portraits synthèses sont « *une photo réalisée à une période précise* ». Ils reflètent donc la réalité des territoires au moment où les répondants de recherche les ont validés, soit entre novembre 2012 et mars 2013. Leur contenu est aussi à « *géographie variable* », reflétant l'amplitude des données disponibles selon les territoires. Pour certains territoires notamment, peu de données récentes étaient disponibles; les statistiques doivent donc être interprétées avec une certaine prudence. De plus, en raison de la rotation du personnel dans les agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et autres organisations, les portraits synthèses n'ont également pas tous été soutenus par un processus de validation de la même ampleur. Enfin, ces portraits doivent être considérés comme des « *documents de travail* » à compléter, modifier ou bonifier au besoin, et selon la pertinence de leur capacité de soutien à la prise de décision.

Le processus de validation des portraits synthèses des territoires a été fait avec la collaboration des répondants locaux et régionaux (plus particulièrement : directeurs du programme de santé mentale en CSSS, coordonnateurs de ce programme dans les ASSS, gestionnaires clés en instituts universitaires en santé mentale). La revue de la documentation est la première phase de collecte de données des projets de recherche cités plus haut. Les portraits seront suivis de deux phases ultérieures de collecte de données (questionnaires et entrevues).

À ce stade-ci, nous souhaitons partager avec nos collaborateurs des douze RLS le produit de la revue de la documentation tirée de ces recherches en cours, soit ces portraits synthèses des RLS – *document de travail*. Nous espérons que ces derniers seront utiles à nos partenaires, qu'ils pourront être mis à jour et ainsi soutenir la prise de décision publique sur l'organisation des services de santé mentale.

Parmi les types de documents utilisés :

- Organigrammes (les services, programmes ainsi que leur articulation)
- Documents sur la mission, la philosophie de gestion, les orientations
- Ententes de gestion
- Rapports d'évaluation d'agrément
- Rapports annuels d'activités (incluant les rapports financiers)
- Documents sur les enjeux de l'organisation (ex : pénurie de ressources sur le territoire)
- Planification stratégique ou plan d'action local (santé mentale)
- Projet clinique (contour des services de 1^{re} et 2^e, 3^e lignes, mise en place du PASM sur le territoire)
- Ententes avec les psychiatres-répondants
- Guichet d'accès (implantation, fonctionnement, outils)
- Protocoles d'entente avec les partenaires des réseaux public et communautaire (en santé mentale, en dépendance et avec les autres partenaires dont l'action touche les déterminants de la santé que sont l'éducation, les conditions de vie, etc.)
- Outils de référence
- Documents sur des rencontres réseaux (partage des connaissances, formation)
- Études réalisées par des consultants
- Protocoles cliniques.

LISTE DES ACRONYMES

ACSM	Association Canadienne pour la santé mentale	CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
ADDS	Association pour la défense des droits sociaux du Québec	CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
AÉO	Accueil évaluation et orientation	CIC	Centre d'intégration communautaire
APPAMME	Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	CILL	Centre d'Implication Libre de Laval
AQPS	Association québécoise de prévention du suicide	CISPLOI	Centre intégré de services de 1 ^{re} ligne de l'Ouest de l'île (Montréal)
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale	CLE	Centre local d'emploi
ASSS	Auxiliaire en santé et services sociaux (Alphonse-Desjardins)	CLSC	Centre local de services communautaires
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	CMR	Centre Montérégien de réadaptation
AVD	Activités de la vie domestique	CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
AVIF	Action sur la violence et l'intervention familiale	COC-RSI	Comité d'orientation et de coordination du réseau de services intégrés
AVQ	Activités de la vie quotidienne	CPS	Centre de prévention du suicide
BSL	Bas-Saint-Laurent	CQA	Conseil québécois d'agrément
CA	Conseil d'administration	CR	Centre de réadaptation
CARL	Centre ambulatoire régional de Laval	CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
CAU	Centre affilié universitaire	CRAT-CA	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches
CCPSC	Clinique communautaire Pointe Saint-Charles	CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CCQ	Centre de crise de Québec	CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CDC	Cellule de crise (Laval)	CRDI-TED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CÉA	Centre d'éducation des adultes	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CÉTI	Centre d'évaluation et de traitement intensif	CREP	Centre de ressources éducatives pédagogiques
CH	Centre hospitalier	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CHA	Centre hospitalier affilié	CSSS-VC	CSSS de la Vieille-Capitale
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire	CRSM	Centre régional de santé mentale
CHP	Centre hospitalier du Pontiac	CTPH	Comité travail pour personne handicapée
CHPSY	Centre hospitalier de soins psychiatriques	DACTE	Direction des activités cliniques et du transfert des connaissances du Douglas
CHRR	Centre hospitalier régional de Rimouski	DI	Déficience intellectuelle
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	DLL	Dorval-Lachine-LaSalle
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	DRMG	Direction régionale de médecine générale
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval		

DSIE	Demande de service inter-établissements	PASM	Plan d'action en santé mentale
DSMA	Direction des services de santé mentale adulte	PI	Plan d'intervention
ÉDQ	Établissement de détention de Québec	PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
ETC	Équivalent temps complet	PLAIDD	Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit
FEJ	Famille enfance jeunesse	PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
GA	Guichet d'accès	PRAG	Programme régional ambulatoire de gériatrie
GMF	Groupe de médecins de famille	PRI	Programme de réadaptation intensive
HDL	Hôtel-Dieu de Lévis	PRISM	Proximité et recherche sur les interventions, les services et leurs modalités
HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus	PRO-DEF	Groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale
HHM	Hôpital Honoré-Mercier	PSC	Projet Suivi communautaire
HPJ	Hôpital Pierre-Janet	PSI	Plan de services individualisé
HSCM	Hôpital Sacré-Cœur de Montréal	PSIF	Programme de soutien intensif aux familles
HSS	Hôpital du Saint-Sacrement	PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC	PSL	Programme de supplément au logement (ou loyer)
IPS	Individual Placement and Support	QC	Québec
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas	RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec	RI	Ressource intermédiaire
KRTB	Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et les Basques	RIAPAS	Réseau d'information et d'aide aux personnes assistées sociales
MAD	Maintien à domicile	RIPU-BSL	Regroupement et Implication des Personnes Utilisatrices du Bas-Saint-Laurent
MADH	Maison Alternative de Développement Humain	RIS	Ressource intermédiaire spécialisée
MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec	RLS	Réseau local de services
MEL	Module évaluation-liaison	R-N	Rimouski-Neigette
MF	Médecin de famille	RNI	Ressources non-institutionnelles
MHE	Mental Health Estrie	ROCSMO	Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais
MIR	Module d'intervention rapide	RSI	Réseau de services intégrés
MRC	Municipalité régionale de comté	RTF	Ressource de type familial
MSLA	Maison sous les arbres	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
OC	Organisme communautaire	SAD	Soutien à domicile
OÉCSM-A	Outil d'évaluation clientèle santé mentale adulte		
OMH	Office municipal d'habitation		
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement		
PARS	Programme Alternatif de Réadaptation Socioprofessionnelle		

SAIME	Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	UPS-Justice	Urgence psychosociale justice
SAPA	Service ambulatoire de psychiatrie adulte	URP	Unité de réadaptation en psychiatrie
SEDS	Programme pour intervention en situation de crise ou de crise suicidaire	UTCC	Unité de thérapie comportementale et cognitive
SEMO	Service externe de main-d'œuvre	UTT	Unité de traitements transitoires
SI	Suivi intensif		
SIGDU	Système d'information et de gestion des urgences		
SIM	Suivi intensif dans le milieu		
SIMAD-TH	Système d'information sur le maintien à domicile		
SIME	Suivi intensif dans le milieu en équipe		
SIU	Système d'information usagers		
SIV	Soutien d'intensité variable		
SM	Santé mentale		
SMA	Santé mentale adulte		
SOV	Sud-Ouest – Verdun		
SRIC	Société de réadaptation et d'intégration communautaire		
SQ	Sûreté du Québec		
SSS	Santé et services sociaux		
STCC	Service de triage et de consultation clinique		
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité		
THAI	Troubles de l'humeur, de l'anxiété et de l'impulsivité		
TED	Trouble envahissant du développement		
TG	Trouble grave		
TOC	Trouble obsessionnel compulsif		
TOCSM	Table des organismes communautaires en santé mentale		
TP	Trouble de la personnalité		
TPL	Trouble de personnalité limite		
TS	Travailleur social		
TSO	Traumatisme lié au stress opérationnel		
UdeM	Université de Montréal		
UIB	Unité d'intervention brève		
UL	Université Laval		
UMF	Unité de médecine familiale		

Rimouski-Neigette

CONTEXTE

Régional

- Région éloignée, créée en 1982, bordée au nord par le fleuve Saint-Laurent, au sud par la frontière du Maine (USA) et du Nouveau-Brunswick; 320 km de long, de La Pocatière aux Méchins
- 8 municipalités régionales de comté (MRC) et 114 municipalités. Près de 60 % de la population de la région vit dans 13 villes principales

Réseau local de services sociosanitaires

- Technopole maritime, Rimouski accueille l'Université et le Cégep. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) est affilié à l'Université Laval (UL)
- Territoire et population du RLS : 2 694 km² de terre ferme (1 214 km² habité); 20 habitants / km². Population : 55,364 (201,562 BSL) (2011)
- Le RLS est un milieu maritime, urbain, à vocation agricole, forestière et touristique, entouré de 9 MRC rurales (faible densité de population; 2 MRC de plus de 2 000 habitants). Problématique de transport (2012)
- Croissance des 65-74 ans dans le RLS : 33 %. Supérieure au BSL (23 %) et au QC (29 %) (estimation 2011 et 2016)
- Solde migratoire interrégional 513 habitants (2010-2011)
- Familles vivant sous le seuil de faible revenu : 5,4 % – inférieur à la région (BSL, 6,9 %) et au Québec (QC, 9,8 %) (2009)
- Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) : 21,4 % – supérieur à la région (BSL, 20,2 %) mais inférieur au pourcentage du QC (23,7 %) (2006)
- Revenu moyen des ménages du RLS : 53,803 \$ – supérieur au revenu de la région (BSL 48,503 \$), mais légèrement inférieur à celui du QC (58,954 \$) (2005)
- 13,7 % de la population du RLS sans aucun certificat, diplôme ou grade : pourcentage inférieur à celui de la région (BSL 21,9 %) et à celui du QC (17,1 %)
- Taux ajusté moyen de mortalité par suicide (sur 100 000 habitants) : 21,8 % – supérieur à celui du QC (15,6 %) mais inférieur à celui de la région (BSL, 23,7 %) (2005-2007)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme santé mentale (SM) par habitant : légèrement inférieures à celles du QC : 134,97 \$ vs 137,15 \$. Le BSL se classe au 4^e rang sur 18 régions (2009-2010)
- Pourcentage des dépenses régionales du programme SM dédiées aux organismes communautaires (OC) : légèrement inférieur à celui du QC : 8,45 vs 8,82 (2009-2010)
- 6 RLS en milieu rural et 2 en milieu semi-urbain (Rimouski et Rivière-du-Loup); 11 principaux établissements de santé régionaux ou sous régionaux (2012)
- Taux de psychologues par 10 000 habitants : inférieur à l'ensemble du QC (BSL, 6,16 vs QC, 10,78) (2010-2011)
- Ligne Info-Santé : Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) du BSL (2012)

Local

Ressources en 1^{re} ligne

- 1 centre local de services communautaires (CLSC) situé à Rimouski; le CLSC donne des services dans 3 installations sises sur la même rue
- Omnipraticiens : 72 en place / besoin de 80 / 72 autorisés; lacune, mais pas de pénurie
- Médecins spécialistes : 107 en place / besoin de 149 / 133 autorisés
- 1 unité de médecine familiale (UMF) à Rimouski (entente de service avec l'Université Laval)
- 2 groupes de médecins de famille (GMF)
- 12 cliniques médicales privées
- 37 organismes communautaires (OC) subventionnés par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)

- 17 pharmacies communautaires
- 17 places en hébergement transitoire
- 1 parc de ressources non institutionnelles (RNI) : 134 places en ressources intermédiaires (RI), 93 places en ressources de type familial, 9 places en appartement de groupe et une place en appartement protégé

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : l'Hôpital régional de Rimouski
 - » 22 lits de soins généraux; 34 lits de courte durée psychiatrique (incluant la psychiatrie légale)
- 1 centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Centre d'hébergement de Rimouski
 - » 270 lits de longue durée

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

Services de l'équipe santé mentale adulte (SMA)

- 677 usagers desservis. Cible atteinte à 60 %
- La création de l'équipe a été consolidée suite à la mise en place du PASM
- Une allocation financière a été consentie au CSSS pour l'ajout d'intervenants
- Personnel équivalent temps complet (ETC) : 2 infirmières, 1 médecin (assiste aux réunions administratives et de co-développement), 8,4 travailleuses sociales (TS), 1 éducateur spécialisé, 3 psychologues et 1 psychoéducatrice
- Un autre intervenant social ETC assure des services de suivi étroit en collaboration avec le personnel du CLSC
- Personnel en soutien d'intensité variable (SIV) : 3,43 ETC alors que le requis est de 7,21. Appui financier du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)
- Selon les discussions avec l'Agence, les effectifs seraient à consolider

Gamme de services

- Services de traitement de la comorbidité (dépendance) avec approche multi : SM-dépendance-suicide
 - » Difficultés de transition : les partenaires sont habitués de référer les cas de comorbidité (dépendances) à L'Estran, le centre de réadaptation en toxicomanie du BSL, et, s'il y a lieu, au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Les collaborations sont à consolider
- Programme alternatif de réadaptation socioprofessionnelle (pour troubles graves) – en collaboration avec un groupe communautaire, le département de psychiatrie et le centre local d'emploi (CLE). Des activités de stimulation à l'insertion socioprofessionnelle sont réalisées auprès de clients qui présentent un potentiel de réintégration au marché du travail mais dont le trouble n'est pas encore tout à fait stabilisé. Ces activités doivent permettre à des individus de se qualifier éventuellement aux mesures de pré-employabilité du CLE
- Intervention de groupe : en collaboration avec la « Clinique sans Murs » (voir plus bas)

- Suivi intensif (SI) – Le SI relève de 2 CSSS à vocation spécialisée; pour le secteur Est, Rimouski-Neigette (R-N) et pour le secteur Ouest (Rivière-du-Loup)
- SIV : 53 places ciblées pour 2012-13; 135 usagers desservis (mars 2012)
- La Clinique sans Murs
 - » Projet de collaboration débuté en 2000 entre l'Hôpital régional de Rimouski, le CLSC et les ressources communautaires. Le programme long est dispensé à Rimouski pour les clients provenant des 4 MRC de l'Est du BSL
 - » Le CSSS Rimouski-Neigette (R-N) a déconcentré sa « Clinique sans Murs » vers les autres CSSS de Matane, de la Matapédia et de la Mitis, pour la clientèle qui présente un trouble de personnalité limite (TPL), et à laquelle le programme court est offert. Cette décentralisation est en lien avec la mission sous régionale en psychiatrie du CSSS R-N dans le secteur Est du BSL
 - » Modèle d'organisation qui contribue à une fluidité entre la 1^{re} et la 2^e ligne car il peut être implanté dans les milieux urbains, semi-urbains ou ruraux, sans égard au nombre de psychiatres disponibles
 - » Approche interdisciplinaire et en milieu de vie
 - » Piloté par un psychologue, un psychiatre et une agente de relations humaines, il implique l'ensemble des psychiatres du CSSS R-N et tous les intervenants œuvrant auprès de la clientèle visée
 - » Le programme long a démarré en 2000 pour la clientèle avec trouble de la personnalité (TP); le programme court a démarré en 2005 pour la clientèle TP avec haut niveau de fonctionnement. Thérapie de groupe
 - » Plusieurs protocoles ont été développés pour la clientèle avec trouble de personnalité limite (TPL) (principes cliniques et encadrement thérapeutique)
 - » Le CSSS soutient les intervenants par des activités de formation et du coaching (continu et ponctuel)
- » Pour le suicide, l'axe d'intervention est la prévention dans les continuums de services, et ce, en soutenant l'intégration dans les services cliniques de 1^{re} ligne
- » Le centre offre des services mobiles pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé; élaboration d'un cadre de référence
- » Intervention téléphonique : 24 / 7 (crise et suicide)
- » Impacts perçus de la présence 24 / 7 : les usagers retournent dans leur milieu de vie plutôt que d'être hospitalisés
- » Hébergement de crise : 9 places
- » Service de suivi de crise court-terme : élaboration de balises régionales pour les personnes adultes suicidaires ou pour toute autre situation de crise psychosociale; selon ce qui est convenu avec les représentants du centre de crise, suite à une intervention face à face, une référence peut être faite au CSLC et des services seront offerts
- » Collaboration entre les services de l'urgence hospitalière et le service d'intervention face à face. Ex. un intervenant du face à face se rend au besoin à l'urgence s'il y a crise suicidaire ou psychosociale (2010). Le CSSS R-N a déployé une vision intégrée des services d'intervention de crise. Le centre de crise et de prévention du suicide a le mandat de la ligne téléphonique 24 / 7 et de l'hébergement de crise. Le CSSS a consolidé l'intervention de crise face à face 24 / 7 et le suivi étroit. Ces activités sont dûment encadrées par des ententes de services
- Regroupement et Implication des Personnes Utilisatrices du Bas-Saint-Laurent (RIPU-BSL). Instauré en 2007, son but est de favoriser l'implication et la participation des personnes utilisatrices aux instances décisionnelles; 4 à 6 rencontres par année
- PLAIDD (Promotion, lutte, aide, intervention, défense, droit); OC du BSL qui a pour mission de promouvoir, protéger et défendre les droits individuels et collectifs des personnes ou groupes de personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de SM

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL

- Regroupement des organismes communautaires alternatifs en SM du Bas-Saint-Laurent. Mission : favoriser l'émergence d'une diversité de pratiques alternatives en SM et alimenter le mouvement social communautaire en SM. Pour Rimouski, il y a une agente de liaison; le regroupement travaille à la représentation et à la concertation des organismes œuvrant en SM
- L'Association canadienne pour la SM, filiale du Bas-Saint-Laurent (volet promotion-prévention, milieu de vie, intervention individuelle et plateau de travail)
- La Lueur d'Espoir du BSL (groupe d'aide et entraide : familles et proches)
- OC d'hébergement : centre de crise, Répit du passant, Le Transit, La Débrouille et La Maison de l'Espoir
- Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi (SAIME) : activités de réadaptation de la clientèle des jeunes psychotiques en vue d'une pré-employabilité
- Réseaux sentinelles mis en place par le Comité régional de la stratégie d'action suicide (en lien avec le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL et le Centre de prévention du suicide du Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et les Basques (KRTB))
 - » Débuté en 2004, le programme forme et soutient des personnes adultes et volontaires afin qu'elles puissent reconnaître les individus à risque suicidaire et qu'elles les accompagnent rapidement vers les ressources d'aide de la région; 1,700 personnes formées (2012)
- Hôpital de jour : lieu de réadaptation pour la clientèle qui a besoin de poursuivre son rétablissement en phase aiguë sans toutefois avoir besoin d'être hospitalisée. Ces services sont offerts dans le cadre de la mission sous régionale en santé mentale du CSSS R-N
- Unités d'hospitalisation courte durée psychiatrique avec services médico-légaux (34 lits; l'occupation des lits de psychiatrie légale est déterminée selon le requis de lits au permis. Le CSSS devrait avoir 29 lits de courte durée. Étant donné les 34 lits, il est anticipé que les 5 lits supplémentaires soient considérés pour la psychiatrie légale)
- 1 clinique externe de psychiatrie – Rimouski (service de consultation et de suivi sur référence médicale)
- Suivi intensif (SI) dans le milieu : le mandat couvre les CSSS Mitis, Matane et Matapédia (secteur Est)
 - » Offert par l'équipe multidisciplinaire
 - » Projet employabilité pour 18-35 ans
 - » Réorganisation des équipes avec le soutien du CNESM
- Réadaptation intensive
 - » Moyenne-longue durée (service intégré à la communauté : 17 lits). Accueille la clientèle avec trouble grave (TG) hospitalisée ou vivant dans la communauté
- Hébergement : troubles associés à la détresse psychologique et niveau d'incapacité significatif
 - » Historique : passé asilaire; développement important de places en RTF (ou en encadrement intensif). L'objectif est de diminuer de 30 % l'hébergement avec encadrement intensif
 - » On vise à augmenter les places de soutien au logement
 - Appartements supervisés et soutien au logement : 58 places. (2 CSSS; R-N et Rivière-du-Loup)
- Le projet PHARE : approche adaptée pour la clientèle gériatrique sur les unités de soins médicaux; hébergement transitoire en SM pour troubles modérés
 - » Le projet PHARE vise à offrir un lieu d'hébergement transitoire qui servira de tremplin à la vie autonome

C) SERVICES SPÉCIALISÉS CSSS / CHSGS – L'HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI

- 114 usagers desservis, mandat supérieur à 60 jours
- Mission sous régionale (secteur Est) en psychiatrie
 - » Dessert les MRC : Matapédia, Matane, Mitis (hors territoire du RLS à l'étude)
 - » Troubles modérés ou sévères
 - » Approche d'intégration sociale

- » Projet conjoint CSSS R-N avec l'Office municipal d'habitation de Rimouski qui a permis à l'établissement de bénéficier d'un logement meublé de 7½ pièces pour 5 personnes
 - » Les personnes sont admises via le comité d'accès à l'hébergement psychiatrique. Le suivi pendant le séjour est assumé par l'équipe des services résidentiels
 - » Depuis l'ouverture en novembre 2010, 5 personnes ont pu bénéficier de cette nouvelle ressource. Le premier appartement de groupe a été lancé en 2006; 4 personnes y sont hébergées
 - » Les directions cliniques soutiennent les continuums de services entre les missions hôpital et CLSC
- » Impact du projet PHARE : diminution du temps d'attente en courte durée. En 2010-2011, le Nbre de personnes en attente d'évaluation dans les lits de courte durée est passé de 11,6 à 5 et le Nbre de personnes en attente est passé de 8 à 2,6. Le taux d'occupation de l'urgence est passé de 89,7 % à 80,6 % et il y a diminution de la durée moyenne de séjour en médecine générale de 11,3 à 10,1 jours-présence

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SSS ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- L'Estran, le centre de réadaptation en toxicomanie du BSL; point de services à Rimouski
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du BSL (CRDI-TED) –siège social et point de services à Rimouski
- Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique (CRDP) : L'Interaction –siège social et point de services à Rimouski

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

Fonctionnement du guichet

- Un guichet unique (en 2^e ligne) pour les 4 MRC et un guichet d'accès (GA) local dans chaque territoire de CSSS. Ces quatre GA sont en communication constante avec le guichet unique dans le cadre de la mission sous régionale du CSSS R-N. Le guichet unique est considéré comme un mécanisme sous régional d'accès et de liaison en SM pour la clientèle adulte et il concerne exclusivement les 4 CSSS du secteur Est
 - CSSS R-N : quelle que soit la provenance, toutes les références sont acheminées à l'agente de liaison (TS) du GA de la 1^{re} ligne. Provenance : l'Accueil évaluation et orientation (AÉO); les usagers eux-mêmes; les omnipraticiens du RLS, pour la clinique externe de psychiatrie et / ou pour le social (équipe de base SM, SIV); d'autres professionnels et établissements (psychiatres, médecine de jour, oncologie etc.); les autres CSSS – ces derniers ont leur propre guichet d'accès qui est en lien avec le guichet unique; les OC; toutes les demandes internes (entre intervenants ou services; le suivi intensif dans le milieu (SIM) vers le SIV, le soutien à domicile vers la SM adulte, etc.)
- Cheminement de la demande : les demandes convergent toutes vers l'agente de liaison
 - Si usager non connu : sera évalué pour déterminer s'il a un trouble de SM
 - Si la référence est faite à l'équipe de SM, c'est la conseillère clinique qui procède à l'assignation et qui gère la liste d'attente; elle rencontre les professionnels de manière statutaire, s'assure que les interventions réalisées (approche, stratégies, objectifs et durée) sont bien documentées dans le plan d'intervention ou le plan de services individualisé (PSI). C'est dans cette dynamique que les assignations sont effectuées et que la charge de cas des professionnels est ajustée de manière constante
 - SIV et SI : la trajectoire de services est développée en lien avec le GA
 - GA : comorbidité-dépendances (évaluation et référence). Il invite, de façon *ad hoc*, l'Estran (Centre de réadaptation en dépendance du BSL). Trajectoire établie avec le GA

Comités du Guichet

- Le comité d'accès est permanent et se réunit 1 fois / semaine pour des discussions de cas sur des situations cliniques complexes. Il est composé de la travailleuse sociale du GA, du médecin de l'équipe SM et d'un psychologue ou de tout autre type de professionnel au besoin (ex. une infirmière). Ouvert à tous les intervenants du RLS qui souhaitent présenter une demande
- Le comité du guichet unique regroupe les représentants du GA de la 1^{re} ligne de Rimouski et la CEP de l'Hôpital régional de Rimouski (CHRR). Le mandat de ce comité est de s'assurer de la viabilité et de l'évolution des guichets, de l'accès local et sous régional, ainsi que des difficultés et des opportunités rencontrées. Il s'agit de 3 ou 4 rencontres par année

Autres comités en lien avec le GA

Le SIV a son propre comité. Ce comité a trait à la consolidation des activités cliniques en SIV. Il n'est en rien un comité d'accès

Comité d'accès à l'hébergement psychiatrique : ce comité est en 2^e ligne. Il relève des services de psychiatrie. Ce comité a fait l'objet d'un projet

d'optimisation afin d'en assurer la pertinence et la performance dans le contexte de la réorganisation et de la modernisation du réseau résidentiel en SM

Demandes de services

- L'agente de liaison estime qu'en 2011-2012, il y a eu 26 % d'augmentation des demandes; cette augmentation s'est accentuée depuis l'été 2012
- Outils de fonctionnement
 - » Selon la source de la demande, le formulaire est spécifique (demande du médecin au CSSS, référence inter-établissements, etc.). Il comprend toutefois des éléments standards : informations utiles au traitement, à l'orientation et à l'assignation des demandes de services
- L'infirmière de liaison (guichet unique) fait l'interface entre les services de psychiatrie et les services de 1^{re} ligne SM (omnipraticiens, équipe de 1^{re} ligne des 4 MRC de l'Est, dont R-N)
- 1 agente de liaison. Pas de psychiatre répondant; ce rôle est assumé sur une base volontaire par certains psychiatres. Les acquis sont fragiles
- 324 patients orphelins, c'est-à-dire 40 % des demandes au GA

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

Tables de concertation

- Table intersectorielle en SM (équivalent d'une table réseau) issue du projet clinique, avec la présence des OC, menée par le CSSS-RN; plusieurs sous-comités (ex. intégration au travail); chacun des partenaires du RLS associé aux différentes problématiques est impliqué
- Usagers : depuis 2007, l'Agence a soutenu monétairement l'organisme PLAIDD pour l'application du cadre de partenariat pour les rencontres régionales. C'est ainsi qu'est né le RIPU-BSL
- Comité régional de la stratégie relative à la prévention du suicide. Mandat : actualiser les meilleures initiatives en matière de prévention du suicide. La participation à ce comité regroupe des médecins, psychiatres, l'Agence, des représentants d'organismes communautaires, de CSSS et d'utilisateurs de services

- Table locale des services pharmaceutiques. Mandat : offrir une démarche de partenariat, de complémentarité entre pharmaciens, et intégrée aux activités cliniques médicales
- Arrimage entre pharmaciens et médecins, via la Table médicale territoriale. Co-présidée par le chef du département de pharmacie et un représentant des pharmaciens communautaires
- Meilleures pratiques et promotion : initiative du projet pilote avec le psychiatre-conseil (soins primaires et comorbidité-suicide)

Ententes de services

- Entente entre le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise et le CSSS R-N sur :
 - » un service d'intervention face à face dans le milieu; 24 / 7; crise suicidaire et psychosociale

- » un service de garde en appartement protégé : la garde implique l'actualisation d'un protocole d'intervention entre différents partenaires auprès d'un client qui présente des problématiques multiples. L'objectif est de prévenir la détérioration de sa situation et sa judiciarisation
- » des services de suivi étroit dans la communauté pour les personnes en situation de vulnérabilité ou en crise suicidaire
- Entente entre le CSSS R-N et La Lueur d'Espoir du BSL sur :
 - » Du répit gardiennage : l'organisme achète des services privés avec le soutien logistique de l'établissement et il dispense ces services
- L'entente entre le CSSS R-N, Rivière-du-Loup et la Direction régionale des services professionnels correctionnels du Bas-St-Laurent, Ministère de la Sécurité publique (2006) porte sur la clientèle judiciarisée et un modèle d'organisation des services
 - » Suite au rapport interministériel (printemps 2011), un comité intersectoriel a été mis sur pied (2 fois / an adulte et jeunesse). Mandat : revoir l'entente de 2006 et apporter des pistes de solution
 - » Représentants des CSSS (chef du département de psychiatrie Rimouski et Rivière-du-Loup, 2 directions de programme de SM, direction de CSSS Est et Ouest 1^{re} ligne, et centre jeunesse), Sûreté du Québec, avocat procureur en chef et direction des services professionnels correctionnels, 1 représentant des OC de réhabilitation pour ex-détenus, le psychiatre conseil et la représentante de l'Agence

Monitoring des activités

- Suivi des ententes de services : révisées annuellement et font l'objet de travaux tout au long de l'année avec l'implication des partenaires
- SyPhac (informatisation en pharmacie)
- Système d'information et de gestion des urgences (SIGDU)
- Sondage sur la satisfaction des usagers; administré par le Conseil québécois d'agrément et disponible dans le rapport de la visite réalisée

Protocoles cliniques et guides de pratiques

• La Clinique sans Murs du Bas-Saint-Laurent

- » Critères d'admissibilité pour les programmes de traitement court et long
- » Grille d'analyse des émotions
- » Grille du comportement d'agression
- » Grille d'analyse du comportement suicidaire et para suicidaire
- » Contrat thérapeutique du changement
- » Directives pour les psychiatres : référence et traitement TPL
- » Protocole et programme de traitement long / TPL (bas niveau)
- » Manuel du client – TPL – Protocole (bas niveau de fonctionnement)
- » Manuel de l'intervenant : programme de traitement court / TPL (haut niveau)
- » Manuel de thérapie de groupe : programme de traitement TPL

• Soins partagés – Psychiatres répondants – *Pas de psychiatre répondant adulte*

- » Embauche par l'Agence du BSL d'un psychiatre-conseil sur le plan régional. Rôle de « coaching » et arrimage entre les services médicaux de 1^{re} et de 2^e ligne
- » Attente des disponibilités d'un psychiatre répondant. Le CSSS R-N assume ce mandat. Priorité 2012-2013 : soutien professionnel sur une base volontaire par les psychiatres et les intervenants de 2^e ligne auprès des équipes de 1^{re} ligne, incluant les omnipraticiens, afin d'éviter des transferts inutiles vers les services spécialisés
- » Ces psychiatres sont rémunérés dans le cadre de leurs fonctions
- » Autres contraintes liées : a) à l'étendue du territoire (la région a 2 secteurs); b) à la composition restreinte des équipes; c) à la disponibilité des omnipraticiens pour participer à des projets de soins partagés

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

Programme de la ressource « Mon Parcours » : démarche intégrée de traitement et de réadaptation intensive

- Avec une équipe interdisciplinaire : direction des programmes de psychiatrie, SM, Enfance-Jeunesse-Famille, Santé publique et ensemble de l'organisation
- L'équipe interdisciplinaire vise l'atteinte du projet de vie de la personne en lien avec le traitement de la crise, la prévention des rechutes, le développement des habiletés et des connaissances

Programme alternatif de réadaptation socioprofessionnelle (PARS) : collaboration des partenaires médicaux et communautaires; un levier au rétablissement

- Programme développé par le CSSS R-N et l'organisme SAIME pour personnes adultes présentant des troubles graves

- Le projet pilote est financé par l'OPHQ et d'autres partenaires, dont l'Agence
- Volet rétablissement : la clinique externe de psychiatrie, Équi-Centre (équitation thérapeutique), SAIME. Ils développent un modèle d'intervention SI, SIV
- Volet intégration socioprofessionnelle. Collaboration entre SAIME, Emploi-Québec, OC, entreprises, établissements scolaires (formations adaptées)
- Équipe soignante (psychiatre de liaison, ergothérapeute, psychoéducatrice équipe SI, psychoéducatrice équipe SIV)

Implantation du PSI

- Le CSSS R-N a ajouté des ressources financières afin de soutenir les intervenants et les partenaires dans l'implantation du PSI

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

Formations initiées sur le plan régional

- Rencontres régionales des superviseurs cliniques des CSSS; durée de une heure et animées par l'Agence. Des formations sont offertes et un calendrier de formations les présentent. Également : élaboration et présentation de fiches d'information clinique
- Activités de formation et de *coaching* par un psychiatre-conseil et le CNESM
- Activités d'implantation du guide des bonnes pratiques en prévention du suicide offertes dans 8 RLS
- Formation médicale en prévention du suicide offerte par 2 équipes de formateurs de la région
 - » Guides de prévention du suicide afin d'habiliter le RLS (interdisciplinaire et intersectoriel) et outil d'estimation de la dangerosité suicidaire (échelle : cote de priorité en lien avec le type d'intervention)
 - » Démarrage : printemps 2011 (3 jours). Formation programmée sur 3 ans
- Formation en intervention de crise suicidaire et formation continue, offertes à l'ensemble des intervenants intersectoriels concernés
- Activités de formation et de *coaching* offertes, sur le plan régional, par le CNESM auprès des intervenants des équipes SI et SIV
- Programme de mentorat qui s'adresse à des infirmiers cliniciens. Le chef d'équipe clinique du programme SI participe au recrutement des infirmiers et à l'élaboration du programme
- Stages de l'Université du Québec à Rimouski et du Cégep de Rimouski, supervisés par le chef d'équipe clinique du programme SI, qui est la personne de référence pour ces établissements d'enseignement
- Capsules-Web sur le site Internet de l'Agence; élaboration de contenus afin de rendre accessible de l'information sur les principales psychopathologies et traitements pharmacologiques en pratique courante, dans une approche de « soins par étapes ». Ces capsules sont présentées aux différentes structures de concertation

Formations initiées par le CSSS

- Nouveau processus pour l'identification par les directions du CSSS R-N, des formations transversales et une définition commune des formations prioritaires (objectif : allier gestion stratégique des compétences et arrimage inter-directions)
- Budget de plus de 1 million \$ dont près de 500 000 \$ en formations transversales (planifiées 2011-2012). Service du développement des compétences
- Le service du développement des compétences a permis au CSSS R-N de recevoir 379 stagiaires
- Activités annuelles de formation pour soutenir les intervenants dans leur pratique, offertes à l'équipe de base en SM
- Activités de formation et *coaching* par la Clinique sans Murs

Chicoutimi

CONTEXTE

Régional

- Région éloignée, située sur la rive nord du Saint-Laurent, le long de la rivière Saguenay et autour du Lac Saint-Jean
- Territoire : 3^e plus grande division territoriale québécoise avec une superficie de 106 508 km² et une population de 270 063 (2012), dont 60 % (162 387; 2012) demeure au Saguenay (2006)
- 4 municipalités régionales de comté et 49 municipalités; 20 municipalités saguenéennes et jeannoises; leur population varie entre 144 746 (Saguenay) et 1 453 (La Doré) (2011)
- 6 RLS (2012)
 - » 3 au Lac-Saint-Jean : Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine
 - » 3 au Saguenay : Jonquière, Chicoutimi et La Baie
- 1,3 % de la population est immigrante (995 individus), ce qui est nettement inférieur au pourcentage du QC (12 %) (2006)
- Le français est la langue la plus parlée à la maison (98,8 %); cette proportion est beaucoup plus élevée qu'au QC (81 %) (2006)
- Le revenu personnel disponible par habitant est de 22 833 \$, soit 1 669 \$ de moins qu'au QC (24 502 \$) (2007)
- 21 % de familles monoparentales vs 24 % au QC
- Taux moyen ajusté de mortalité par suicide : 16 sur 100 000 habitants (taux inférieur à celui du QC (17) (2002-2006)

Réseau local de services sociosanitaires

- Le RLS Chicoutimi a une population de 75 807 habitants (2012). Près de 80 % de celle-ci réside dans la zone urbaine de Chicoutimi et la population rurale se répartit dans 5 municipalités dont la taille varie entre 410 et 3 840 habitants (2012)
- 15 % des adultes de 25 à 64 ans ne détiennent aucun diplôme, certificat ou grade. Ce pourcentage est inférieur à celui du QC (17 %) et à celui de la région (17,4 %). 18 % des adultes ont un diplôme universitaire (région 13 %; QC 21 %) (2006)
- Familles vivant sous le seuil de faible revenu : 10 % de la population, soit 7 675 personnes. Ce qui est sensiblement identique à la région (9,8 %) mais inférieur au pourcentage du QC (12,1 %) (2006)
- Population du RLS selon l'âge : 17,5 % (moins de 18 ans), 65,1 % (18 à 64 ans) et 17,3 % (65 ans et plus) (2010)
 - » Diminution de la population : 4,2 % entre 2000 et 2010; près de 330 individus de moins par an
 - » Baisse plus accentuée chez les 6-17 ans (diminution de 27 %; perte annuelle moyenne de 334 jeunes)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant inférieures à celles du QC : 125,76 \$ vs 137,15 \$. La région se classe au 6^e rang sur 18 régions (2009-2010)

- Pourcentage des dépenses régionales du programme SM dédiées aux organismes communautaires (OC) : supérieur à celui du QC (10,99 \$ vs 8,82 \$) (2009-10)
- 9 principaux établissements de santé régionaux ou sous régionaux dans la région (2012). Soins de santé : région autonome à plus de 95 %, et ce, grâce à ses 37 spécialités médicales (2012)
- Taux de psychologues par 10 000 habitants : similaire au QC (10,14 vs 10,78) (2010-2011)
- Info-Santé et Info-Social sont offerts au CLSC de Chicoutimi; accessibles en tout temps, 24h / 7 jours (2012). Un seul numéro sans frais pour l'ensemble de la région (811). Service d'intervention psychosociale téléphonique centralisé

Local

Ressources en 1^{re} ligne

Le CSSS de Chicoutimi est un Centre affilié universitaire (CAU) régional : affilié à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal, il offre en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi, le programme complet de formation médicale

- 1 CLSC : Chicoutimi
- Unité de médecine familiale (UMF)
 - » Déployée sur 2 sites (Chicoutimi et Alma); il s'agit d'un groupe de médecins de famille (GMF) en établissement
- 3 GMF : Clinique de médecine familiale Montcalm, GMF des Rivières et GMF de Saguenay
- 6 cliniques médicales privées (en excluant les GMF)

- 19 OC (dont 12 en SM avec mandat régional, sous régional ou local)
- 19 pharmacies communautaires (2 d'entre-elles ont respectivement 3 sites et 2 sites)
- 106 omnipraticiens dans le RLS (76 prennent en charge la clientèle)

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : Hôpital de Chicoutimi. Transferts de l'équipe de professionnels de 2^e ligne en 2003 dans les territoires de Chicoutimi, Jonquière et La Baie. En 2012, les unités de soins en psychiatrie du Pavillon Roland-Saucier ont été déménagées à l'Hôpital de Chicoutimi au Pavillon St-Vallier. Environ 10 ETC ont été transférés en 1^{re} ligne à Chicoutimi
 - » L'Hôpital de Chicoutimi est l'un des établissements au QC où l'on retrouve le plus grand nombre de spécialités médicales
 - » Total de 707 lits au permis : CHSLD 275 lits, CHSGS : 412 lits et 20 d'hôtellerie. 67 lits (adulte et pédopsychiatrie) d'hospitalisation de courte durée. Les 10 lits de longue durée ont été transférés dans une ressource d'hébergement
- 3 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
 - » Centre d'hébergement Beaumanoir (104 lits)
 - » Centre d'hébergement Mgr-Victor-Tremblay (50 lits)
 - » Centre d'hébergement de la Colline (Pavillon R. Saucier) SM (51 lits au total dans la communauté)

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

Services de l'équipe SM adulte – 1 CLSC – 738 adultes desservis (2011-2012), donc 59 % de la cible 2015. L'équipe relève du chef de service SM adulte, responsable de l'équipe de traitement 1^{re} ligne, du SIV et du SI

- La création de l'équipe s'est faite en 2004; en 2008-2009, il y a eu ajout de 1 ETC et en 2011-2012, ajout de 2.6 ETC. Total de 3.6 ETC. Postes ajoutés : travailleur social (TS) et psychologue
- Composition de l'équipe de traitement 1^{re} ligne : 2 infirmières, 1 infirmière auxiliaire, 4 TS, 1 éducateur spécialisé, 5 psychologues, 1 ergothérapeute, 1 psychoéducateur, pour un total de 15 ETC

Gamme de services

Coordination clinique et fonction guichet d'accès (GA), hébergement, SIV, services spécifiques et SI

- Services spécifiques (de base) – Approche multidisciplinaire
 - » Clientèle visée : adulte dont les symptômes sont généralement stables et d'intensité modérée ou grave, entraînant un dysfonctionnement modéré dans différentes sphères de la vie quotidienne
 - » Suivi individuel et accompagnement dans la communauté
 - » Intervention de groupe (post hôpital de jour avec psychologue; jeunes adultes ayant un trouble psychotique en ergothérapie; psychothérapie brève)
 - » Enseignement donné sur la maladie et la médication ainsi que suivi de la médication
 - » Intervention en situation de crise et de crise suicidaire (SEDS). Service de suivi étroit et de durée suffisante pour les personnes à potentiel suicidaire élevé
 - » Le cheminement de l'utilisateur (du Saguenay) à travers les services a été défini, à partir d'un algorithme
 - » Collaboration entre les services de l'urgence hospitalière dont l'infirmière au triage (jusqu'à 20h), la liaison en psychiatrie, l'urgentiste, le psychiatre, les services d'hospitalisation, le programme SEDS
 - » En développement : programme dépendance (1^{re} ligne) avec une travailleuse sociale ETC et une infirmière. Transfert de ce programme sous la responsabilité du coordonnateur de programme en santé mentale

SIV

- Clientèle visée : adulte avec trouble grave nécessitant des soins soutenus qui varient en intensité
- Un intervenant pivot (seul ou avec un autre membre de son équipe) offre des services selon les besoins de la personne, tout en coordonnant les services cliniques offerts dans la communauté. Soins soutenus à moyen ou à long terme
- Intervention en situation de crise et en situation de crise suicidaire (programme SEDS)

- 2011-2012 : 44 places en SIV; à 23 % de la cible 2015 qui est de 188. Le nombre de personnes rejointes en 2011-2012 est de 88

Hébergement

- Suivi et encadrement clinique des usagers en RNI (RI et RTF) et encadrement des ressources de type RI
- RNI (RI et RTF) – une équipe de professionnels dédiée (2 TS, 1 éducateur); du personnel sur place dans les RI
- APPT LABO « Le 401 » : apprentissage à la vie en appartement. Accessibilité des services 24 / 7

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

Centre de prévention du suicide région 02 (CPS) – Mandat régional

- Intervention téléphonique : 24 / 7 (crise et suicide) pour personnes suicidaires; intervention auprès des proches d'une personne suicidaire ainsi qu'auprès des personnes endeuillées suite à un suicide (suivi de deuil)
- Orientation et référence aux ressources du milieu
- Soutien clinique aux intervenants (ligne téléphonique, ressources cliniques professionnelles sur place)
- Formation, information et documentation (programme de formation à la suite d'un suicide, et destiné aux intervenants et omnipraticiens)
- Développement et soutien de réseaux de sentinelles
- Programme Transition / Trajectoire (groupes de soutien et d'entraide pour hommes en situation de vulnérabilité)
- Sensibilisation aux risques : médicaments et armes à feu à la maison; mesures pour en limiter l'accès
- Différents outils de prévention

Équipe régionale en IPS (*Individual Placement and Support*) : intégration au travail (2009)

- 4 organismes, 6 conseillers en intégration au travail. Un conseiller par réseau local et un coordonnateur de l'équipe régionale

- Programme de soutien à l'emploi visant à trouver, obtenir et maintenir un travail sur le marché régulier de l'emploi. Le programme dessert les personnes avec des troubles mentaux graves
- Élaboration avec chaque CSSS d'un mode de fonctionnement permettant d'intégrer des conseillers IPS au sein des équipes SI et SIV ainsi que de l'équipe de traitement 1^{re} ligne

Autres OC avec mandat régional (ou sous régional)

- Association Canadienne pour la SM (ACSM mandat sous régional). Cet organisme offre des activités de promotion et d'intervention, de protection des droits en santé mentale ainsi que différents programmes de support et de réinsertion sociale (plateaux de travail, soutien à l'emploi, soutien au logement)
- Association des Ressources Alternatives et Communautaires en SM (ARACSM-02). Regroupe les organismes en SM de la région
- Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale région 02 (GPDDSM)-Situé à Alma. Mission : aider et accompagner, pour la promotion et le respect de ses droits, tout adulte de la région ayant des troubles de SM
- Le Maillon (mandat sous régional) : regroupement de parents et d'amis qui vivent avec une personne atteinte d'une maladie mentale (schizophrénie, dépression, maniaque-dépression, trouble de la personnalité, etc.). Mission : fournir de l'information pour mieux comprendre les différentes maladies mentales, offrir un répit et un support efficace afin d'éviter l'épuisement psychologique et physique
- Tel-Aide Saguenay-Lac-Saint-Jean / Côte-Nord (mandat régional). Fait partie du programme des services généraux (centre d'écoute téléphonique 16h à 24h, anonyme, confidentiel et facilement accessible pour toute personne ayant besoin de se confier
- Panda Saguenay-Lac-Saint-Jean (anciennement AQETA) regroupe les familles, proches et individus touchés par le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et / ou par des troubles d'apprentissage. Promotion et intégration des individus vivant avec ces problématiques
- École nationale d'apprentissage par la marionnette (ENAM) (mandat sous régional). Offre un programme alternatif à une cinquantaine d'adultes présentant divers troubles de santé mentale et ayant une contrainte sévère à l'emploi. Favorise l'utilisation de la marionnette pour briser leur isolement et les amener à mieux canaliser les émotions qu'ils vivent au quotidien. Permet de développer les compétences personnelles, interpersonnelles et sociales de chacun et vise l'intégration sociale
- Enfaïm (mandat régional). A pour mission d'offrir du soutien et du support psychologique aux personnes souffrant de troubles alimentaires et à leurs proches. Services offerts : information et sensibilisation, groupe de soutien pour les personnes souffrant d'anorexie et / ou de boulimie, groupe de soutien pour les proches, information et référence, étude et recherche
- Groupe de ressources pour le trouble de panique (GRTP) (mandat sous régional). Mission : offrir des services spécifiques dans le domaine des troubles anxieux. Les clientèles visées sont les enfants, adolescents, femmes, hommes et personnes âgées souffrant de phobies multiples, de traumatismes mineurs ou de troubles de panique. Les principaux services offerts sont les suivants : écoute téléphonique, évaluation, thérapie de groupe

OC du RLS de Chicoutimi

- Association des dépressifs et des maniaque-dépressifs de Chicoutimi (APAC). Assure un soutien et fait la promotion de l'entraide auprès des personnes dépressives et maniaque-dépressives
- Les services d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay (centre de jour) : OC alternatif pour personnes avec trouble de SM ou vivant des problèmes émotionnels et relationnels. Situé à Chicoutimi
- Hébergement de crise (moins de 30 jrs) via l'Association Canadienne pour la SM (Chicoutimi)
- Le séjour Marie-Fitzbach (mandat sous régional) : un lit de dépannage (pour femmes seules en difficulté, sans-abri ou en situation de crise). Situé à Chicoutimi
- Maison blanche (résidence) : hébergement transitoire pour personnes âgées (55 ans et plus) vivant avec une maladie mentale. Située à Chicoutimi

- Ressac (mandat sous régional) : 13 places d'hébergement de transition avec encadrement intensif (clientèle judiciairisée avec problème de SM)
- Café-Jeunesse de Chicoutimi (18 à 30 ans). Mission : accompagner les plus jeunes dans leur démarche de prise en charge individuelle et / ou collective. Développement et soutien des groupes selon de problématiques spécifiques. Cet organisme ne relève pas de la santé mentale

Réseaux sentinelles (en implantation) : mobilisation régionale en partenariat avec les CSSS et le CPS 02 qui a collaboré activement à cette démarche préventive. Le travail d'implantation est amorcé; chaque territoire est invité à implanter un réseau de sentinelles dans au moins un milieu de jeunes et un milieu d'adultes.

C) SERVICES SPÉCIALISÉS – CHSGS – HÔPITAL DE CHICOUTIMI

La mission sous régionale

- Hôpital de jour-SM (clientèle diversifiée)
- Unité de courte durée (soins intensifs, centre d'observation et 27 lits de courte durée)
- Clinique externe (14 psychiatres intervenant auprès d'adultes)
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive psychiatrique (URFI)
- Unité de psychiatrie légale
- Suivi intensif dans le milieu (SIM)
- Modèle rétablissement et approche interdisciplinaire
 - » Suivi généralement dans le milieu de vie
 - » Gestion de crise et de crise suicidaire : programme SEDS
 - » L'équipe SI est à maturité (100 % du requis de services). Manque 1.6 ETC selon le ratio 100 / 100 000 de population
 - » Pour l'année 2011-2012, le nombre de places offertes pour les adultes ayant des troubles graves (TG), mesuré par le nombre moyen d'adultes qui a reçu un suivi (SIM), est de 44. La cible 2012 était de 75

Équipe spécialisée régionale

- S'adresse aux professionnels des services de 1^{re} et 2^e lignes (SIM) pour les cas complexes et résistant aux traitements
- Disponible aux CSSS de la région et aux partenaires ayant une mission auprès de la clientèle adulte
- Joue un rôle dans la consolidation des meilleures pratiques de rétablissement; formation, coaching clinique (de groupe et individuel) et soutien aux coordonnateurs professionnels et gestionnaires
- L'équipe a un comité aviseur composé des gestionnaires des programmes santé mentale de la région et de la représentante en SM de l'Agence. Collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM); 1 rencontre / 6 semaines

Hébergement spécialisé

- Hébergement de crise : urgence psychiatrique. L'infirmière clinicienne et le psychiatre interviennent pour une durée de 72 heures et moins; il s'agit d'un centre d'observation
- RI Sainte-Famille : ressource spécialisée sous régionale. Elle relève du chef de service SM adulte 1^{re} et 2^e lignes
 - » Clientèle TG. Objectif : transition dans un milieu de vie structuré
- L'équipe du programme SM a planifié la création d'une ressource d'hébergement spécialisée dans la communauté pour la clientèle pour laquelle le Tribunal administratif du Québec demande à l'établissement d'assurer un suivi
- L'Écluse : 14 places d'hébergement longue durée

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique « Le Parcours » : siège social à Jonquière (répond aux demandes des différents CSSS de la région)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES

Fonctionnement du guichet

Le guichet (GA) évalue les demandes, amorce le processus d'évaluation, de soins et de traitement; il priorise la liste d'attente, repère et dépiste des conditions cliniques co-morbides et multi-morbides. Il oriente l'utilisateur et ses proches.

La demande de services peut parvenir de diverses sources de référence, et de 2 façons, soit via les services psychosociaux adultes (accueil évaluation orientation (AÉO)) ou directement à la coordination professionnelle afin d'avoir un accès direct aux services de SM du CSSS.

Coordination professionnelle

- Rôle primordial (pivot) dans le fonctionnement du GA. Réception, analyse et orientation des demandes en provenance des partenaires du milieu

Comité d'accès (cas complexes pour discussions cliniques)

- Le comité siège au sein de l'équipe 1^{re} ligne SM et fait partie des services (1 fois / semaine)
- Regroupe la coordonnatrice professionnelle en SM, l'infirmière du module d'évaluation et de liaison (MEL) du centre hospitalier et 1 professionnel de l'équipe SM
- Exceptions (gérées par la coordination) : diminution de l'intensité de service pour un client connu, ajout d'un professionnel au dossier, à l'intérieur d'une même équipe etc.
- Particularité : ajout ponctuel de professionnels externes qui désirent une collaboration ou un transfert vers l'équipe SM

Comité consultatif et décisionnel

- Instance informelle, en cas de besoin (complexité clinique ou administrative). Membres : la coordonnatrice et le chef de service

Outils de fonctionnement du guichet

- Cheminement d'une demande de suivi (psychiatre / usager en clinique externe : psychiatre / usager hospitalisé; client dont l'orientation est décidée (congé ou hospitalisé))

- 3 comités de pairs ont été instaurés en janvier 2011. Objectif : Revoir l'ensemble des formulaires utilisés par les équipes de physiothérapie et d'ergothérapie au CSSS

Liaison avec la 2^e ligne

- Infirmière de liaison du MEL : liens entre la 1^{re} et la 2^e ligne, dont les services de consultation spécialisés en psychiatrie, les omnipraticiens des cabinets privés, les GMF, le CLSC, les équipes cliniques en SM, les OC pour les clientèles des territoires de Chicoutimi, Jonquière et La Baie. L'infirmière de liaison est présente au GA

Délais d'attente : accessibilité aux services

- Le délai moyen d'accès à l'AÉO pour traitement en SM (ambulatoire 18 ans et plus), suite à l'inscription au guichet est de 1,8 j dans le CSSS; 1,5 j dans la région et 4,4 j au QC (2009-2010). Le délai tant pour le CSSS que pour la région est inférieur à celui du QC. Pour l'année 2010-2011, les résultats sont les mêmes pour le CSSS (région 1,8 j et QC 5,2 j)
- La proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours est inférieure à celle du QC (0,02 % vs 0,04 %) (2009-2010)
- Aucun délai d'accès en SIV

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

Table de concertation

- Table des partenaires du réseau local de services de Chicoutimi (partenaires du milieu communautaire, sécurité publique, CRD) – environ 3 rencontres par année

Ententes de services

- Entente entre le CSSS de Chicoutimi et celui de Jonquière sur :
 - » Infirmière de liaison en dépendance à l'urgence du CSSS de Chicoutimi
 - » Assurer aux patients de l'urgence de Chicoutimi qui nécessitent des services spécialisés en dépendance, un accès simple et rapide aux services du CR en dépendance du CSSS de Jonquière
- Entente entre le CSSS et Le séjour Marie-Fitzbach (Chicoutimi); 1 lit de dépannage pour femmes seules, en difficulté, sans-abri ou en situation de crise
- Entente entre le CSSS et La résidence Maison-Blanche 02 inc. :
 - » Services de réadaptation active auprès des patients de l'urgence et des personnes hospitalisées
 - » Assurer un lien de cohérence, de continuité et de collaboration entre les parties à l'égard de la clientèle aux prises avec un problème de SM et référée par le CSSS
- Entente entre le CSSS et l'Association Canadienne pour la SM – section Saguenay :
 - » Transfert d'utilisateurs en ressources du CSSS vers le service de soutien au logement de l'ACSM : utilisateurs avec symptômes stabilisés et qui bénéficient actuellement du service de ressource d'appui du CSSS
 - » 1 place d'hébergement de crise pour hommes
- Collaboration avec les programmes suivants : centre d'hébergement correctionnel La Relève (prise en charge des responsabilités personnelles, professionnelles et sociales), Ressac (hébergement et suivi externe), Travaux compensatoires (possibilité d'exécuter des travaux pour un OC) et Macadam (personnes itinérantes ou à risque)
- Entente entre le CSSS et le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) sur :
 - » Projet pilote : clinique de télésanté pour traumatismes liés au stress opérationnel (TSO). Assurer aux patients TSO du CSSS de Chicoutimi un accès aux services sur spécialisés
- Entente entre le CSSS et la Caisse Desjardins du réseau de la santé sur :
 - » La gestion des avoirs des utilisateurs de services
- Entente sur l'intégration sociale
- Entente entre le CSSS et le Bureau de la sécurité des milieux – Unité policière intervenant dans la communauté et entre autres auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale récurrents
 - » Un plan de formation sur la SM (1^{re} formation en 2012)
 - » L'équipe SM régionale collabore à la formation
 - » Une offre de soutien d'un professionnel répondant
- Entente à venir avec le ministère de la sécurité publique (MSP) : volet médico-légal et clientèle judiciairisée (incarcération et probation)

Monitorage des activités

- *Travaux régionaux* – en téléphonie IP, téléphonie cellulaire, visioconférence, courrier électronique, gestion du parc de postes de travail, regroupement des centres de traitement de données
- *Projets locaux d'optimisation* – la réorganisation du travail en CHSLD (par ex : en SM lors des transferts)
- Dossier clinique informatisé (DCI) (en cours)
- Utilisation de données intégrées en CSSS : I-CLSC, Med-Echo (logiciel MAGIC)
 - » Ex : permet de colliger de l'information concernant le nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1^{re} ligne offerts par les CSSS (en lien avec le plan stratégique 2010-2015 du MSSS)
- Suivi des ententes de gestion :
 - » À partir des indicateurs de résultats prévus dans l'entente

Protocoles cliniques et guides de pratiques

- Trajectoire de services-CSSS
 - » Cheminement d'une demande lorsqu'il y a syndrome de Diogène
 - » Algorithme du cheminement de la personne à potentiel suicidaire élevé / suivi étroit (SEDS)
- Protocole de dépistage du Syndrome de Diogène-CSSS
- Protocoles pour la clientèle sous régime de protection-CSSS (PI, PSI, accident / incident)
- Protocole d'application de la loi P 38-protection des personnes dont l'état mental présente un danger
- Protocole vs le logement social (client bénéficiant des services de l'ETSM à l'Office municipal d'habitation (OMH))
- Protocole vs Suivi étroit et de durée suffisante pour les personnes à potentiel suicidaire élevé
- Guide de présentation clinique pour les professionnels du guichet d'accès
- Cadre thérapeutique général régional sur le traitement des troubles de la personnalité
 - » Le Comité d'implantation en place avec les 6 CSSS de la région a donné lieu notamment à un cadre de référence en intervention de groupe et un autre en traitement individuel 1^{re} ligne
 - » Outils cliniques pour SIV et Suivi intensif basé sur les meilleures pratiques cliniques; disponibles dans un répertoire régional

Soins partagés – Psychiatres répondants

- Psychiatres répondants en place pour la sous-région du Saguenay; rôle auprès des omnipraticiens (4 à Chicoutimi, 1 à Jonquière, 1 à La Baie)
- Difficultés dans la définition du rôle de psychiatre répondant pour l'équipe SM
 - » Le rôle du psychiatre répondant serait confondu avec celui du psychiatre traitant, celui du professionnel répondant et celui de coordonnateur clinique
- Son rôle au sein des équipes du SIM, du SIV et en dépendances est bien intégré

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Soins de collaboration entre l'équipe spécialisée régionale de 2^e ligne et les partenaires locaux. Transfert d'expertise et de connaissances
- Coordination et développement de la capacité régionale à intégrer les meilleures pratiques

Implantation du PSI

Dans le guide d'accueil et d'intégration de l'employé de l'équipe SM adulte du CSSS-mission CLSC, il est mentionné que l'éducateur spécialisé, le psychoéducateur et le TS doivent expliquer les formulaires utilisés lors des PI et PSI ainsi que le mode de fonctionnement.

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

Formations initiées sur le plan régional

- Plan régional de développement des compétences cliniques (entrevue motivationnelle, OMEGA, orientation vers SI et SIV)
- L'équipe spécialisée régionale en SM offre de la formation, du « *coaching* » environ 1 fois par mois par équipe pour l'ensemble des 6 CSSS de la région (en individuel ou en groupe selon les besoins) ainsi que des activités de transfert des connaissances (notamment les meilleures pratiques). Elle s'adresse aux professionnels des services de :

- » 1^{re} ligne (services de base et SIV)
- » 2^e ligne (SIM) en SM adulte des CSSS de la région et partenaires qui ont une mission auprès de la clientèle SM adulte (cas complexes et résistant aux traitements)

L'équipe spécialisée régionale collabore avec le CNESM – formation conjointe et visite de soutien aux équipes. De plus, elle publie un bulletin d'information régional en SM, Le Psychic, qui se veut un outil de transmission d'information sur la pratique en SM

Formations initiées par le RLS

- Formation en lien avec le groupe psychoéducatif pour trouble de personnalité limite
- Formation de base en approche dialectique (formation pour l'ensemble des intervenants en SM)

Vieille-Capitale

CONTEXTE

Régional

- Région urbaine et universitaire
- Population régionale : 701 512 habitants; population adulte : 585 003 (2013)
- Accroissement démographique inférieur à celui du Québec (QC)
- 4 RLS dans une région qui s'étend de Portneuf à Charlevoix
- Proportion de la population ayant consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique en lien avec des pensées suicidaires : légèrement supérieure à celle du QC (55,2 % vs 53,5 %) (2008)
- 68 communautés locales se partagent histoire, services et caractéristiques communes
- Défavorisation matérielle² : le profil du RLS est semblable à celui de la région (taux de chômage le plus faible du QC; revenu par habitant le plus élevé au QC, taux élevé de diplômés universitaires, inégalités socioéconomiques prononcées)
- Défavorisation sociale du RLS : indicateurs tous plus élevés que ceux de la région³; environ 30 % des aires de diffusion du territoire lourdement affectées. Dans certains secteurs : cumul de facteurs de vulnérabilité (quartiers centraux et périphériques)
- Taux de mortalité par suicide du RLS : 20,4 par 100 000 habitants – Supérieur au taux de la région (19,8) et au taux du QC (17,3)

Réseau local de services sociosanitaires

- Le CSSS est un centre affilié universitaire (CAU), membre du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS – Laval) et membre du PRISM¹ (2010)
- Population du CSSS Vieille-Capitale (CSSS-VC) : 311 455 habitants, dont 267 385 adultes (2013)
- Situé dans la Ville de Québec
 - » 3 arrondissements : La Cité Limoilou, Ste-Foy-Sillery-Cap-Rouge et Les rivières
 - » 2 municipalités : L'Ancienne-Lorette et Saint-Augustin-de-Desmaures
 - » 19 quartiers
 - » 50 % de la population du RLS est dans le secteur Sainte-Foy-Sillery-Laurentien
- Le RLS Vieille-Capitale a la plus forte concentration d'immigrants de la région de la Capitale-Nationale (6 % de la population) (2006)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales pour le programme santé mentale (SM) par habitant (\$) : 207,67 vs 137,15 pour le QC (2009-2010) – 2^e rang sur 18 régions. Données 2010-2011 : 179,56 par habitant pour la région
- Dépenses régionales en SM pour les organismes communautaires (OC) : 8,94 % vs 8,82 % pour le QC (2009-2010). Données 2010-11 : 10,7 %
- Taux régional de psychologues par 10 000 habitants : le plus élevé au QC (16,56 vs 10,78 au QC)
- Dans la région : 235 OC pour différentes problématiques et une quarantaine d'OC en SM
- Services Info-santé

¹ Proximité et recherche sur les interventions, les services et leurs modalités. Le CSSS est aussi membre du Réseau collectif sur les pratiques interprofessionnelles (RCPI) et du Consortium d'évaluation des technologies des modes d'intervention en santé et services sociaux

² Emploi, diplôme d'études secondaires, revenu moyen

³ Personnes seules (20 % vs 14,7 %); personnes séparées, divorcées ou veuves (18 % vs 16,2 %); familles monoparentales (19 % vs 16,5 %)

Local

- Depuis 2005, ajouts de ressources en 1^{re} ligne à tous les 2 ans environ. Diminution du nombre de lits à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) et transferts successifs des ressources financières. Ajouts principalement faits pour le soutien d'intensité variable (SIV) et peu pour les autres services de 1^{re} ligne
 - » 1997 : transfert d'environ 80 usagers de la Résidence Chapleau vers le CLSC Basse-Ville et de la Maison de la Côte vers le CLSC Haute-Ville
 - » 1998 : transfert des activités de soutien au travail du SFRV (groupe communautaire)
 - » 2002 : service de réadaptation De Vitré. Transfert du CHEJ
 - » 2004 : transfert de la gestion du programme régional des ressources non institutionnelles (RNI) en SM adulte (SMA) vers le CLSC Basse-Ville et de l'équipe de suivi clinique
 - » 2010 : transfert des intervenants du 388 St-Vallier, incluant les services psychiatriques
- Dans le RLS, les liens avec les médecins et les psychiatres sont plutôt faibles
- Programme d'accueil réfugié / immigrant
- Programme Alcochoix +
- Centre antipoison du Québec

Ressources en 1^{re} ligne

- CSSS créé en 2004 – 7 CLSC répartis dans 3 secteurs : Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, Haute-Ville-Des-Rivières et Basse-Ville-Limoilou-Vanier
- Centre de jour en CSSS (un service de réadaptation)

- 456 omnipraticiens
- 59 cliniques médicales; 5 cliniques réseaux; 13 groupes de médecine familiale (GMF) regroupant 139 médecins de famille (MF); certaines cliniques privées ont un psychiatre dans leur équipe
- 82 pharmacies communautaires

Ressources spécialisées

- Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) – Concentration territoriale des cas les plus sévères
- 96 psychiatres relevant du département régional de médecine générale (DRMG); une dizaine sont en privé
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) – Été 2012, fusion de 5 centres hospitaliers (CH) : Hôtel-Dieu, Hôpital Saint-François-d'Assise, Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) et Hôpital du Saint-Sacrement (HSS)
- 4 unités de médecine familiale (UMF) : Laurier, Laval, St-François d'Assise et de la Haute-Ville. L'UMF de la Haute-Ville est dans les locaux du CSSS
- 3 urgences psychiatriques : 8 civières HSS, 10 civières HEJ, 8 civières CHUL
- 128 lits : 44 lits HSS, 44 lits HEJ, 33 lits et 7 lits de débordement au CHUL
- 179 lits dans les unités spécifiques ou médico-légales, disponibles à partir des urgences–IUSMQ
- Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean
- 8 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- 2 286 personnes desservies (614 de moins que la cible)– 10 435 interventions
- Accès aux services généraux : situation de crise ou période difficile (équilibre psychique menacé) ou trouble bipolaire stable
- Accès à l'équipe SM : 1) trouble nécessite plus d'un acteur; 2) client sans médecin de famille; 3) trouble grave stabilisé; 4) trouble pouvant être épisodique ou diagnostiqué; 5) besoin de services étant directement relié au trouble mental. Diagnostic non obligatoire mais forte suspicion d'un trouble

- 3 équipes de SMA–1 par secteur de CLSC – Total de professionnels équivalent temps complet (ETC) : 100,6, dont : 3 médecins, 19 infirmières, 18 psychologues, 26,8 travailleurs sociaux, 23 éducateurs spécialisés, 5,2 ergothérapeutes, 4,6 techniciens en travail social, 1 psychoéducateur
 - » Développement et consolidation des équipes depuis 2000 mais en sous effectifs vs per capita du Plan d’action en santé mentale (PASM)
 - » Pour SIV, 45 ETC (requis PASM : 44,4); pour les services SM ambulatoires : 32,3 (requis PASM 62,1)
- Suivi téléphonique et groupes thérapeutiques – Pour troubles anxieux et dépressifs
- Intervention de groupe – 625 usagers dans l’ensemble du CSSS
- Thérapie individuelle
- SIV (sous la responsabilité du CSSS) : 279 places (2 interventions et plus par période); 1665 personnes rejointes en 2010-2011 – Pour trouble grave, prolongé, durable, et qui interfère avec différentes sphères de vie : trouble psychotique et schizophrénique, somatoforme, anxieux, de l’humeur (dépression d’intensité majeure, légère ou modérée), bipolaire, de personnalité, personnes en RNI, etc.; le suivi est parfois fait par des partenaires– L’équipe SIV est répartie dans 3 CLSC; environ 35 % de travailleurs sociaux, 40 % d’éducateurs, 15 % d’infirmières et 10 % de TTS
- Services résidentiels–RNI : 688 places; 81 ressources, dont 43 ressources intermédiaires (RI) et 38 ressources de type familial (RTF)–Pour les 2 CSSS de la région : transfert d’environ 20 employés pour le volet clinique–Intégration de pairs aidants pour le soutien à l’intégration sociale et dans le suivi en RNI–En 1 an, augmentation de 8 % du nombre d’interventions en RNI
- Traitement des demandes du guichet d’accès
- Réadaptation en centre de jour – Équipe de 5,2 ergothérapeutes ETC, provenant des anciens hôpitaux de jour
- Services en dépendance : repérage, détection, intervention précoce. Ce service est transversal à tous les services
- Service d’organisation communautaire avec volet SM

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Services de crise–Personne en crise psychosociale ou psychiatrique, dimension suicide ou non, ainsi que les proches; références entre autres de l’accueil évaluation orientation (AÉO) du CSSS
- Centre de crise de Québec (CCQ) – 24 / 7; intervention dans les 45 minutes; hébergement; services mobiles – Reçoit les demandes de la population et des partenaires en santé et services sociaux (SSS) ainsi qu’intersectoriels
- Programme d’encadrement clinique et d’hébergement (PECH) – 24 / 7; intervention dans les 30 min–Reçoit les demandes du 911
- Pour le Centre de crise de Québec (CCQ) et PECH
 - » Si besoin de suivi après un épisode de crise : référence aux services généraux du CSSS (au CLSC Basse-Ville, Limoilou-Vanier); demande mise en priorité; contact téléphonique dans les 24 heures
 - » Si la personne est en état d’intoxication : référence au centre de réadaptation en dépendance (CRD) Ubalde-Villeneuve
 - » Un intervenant de PECH se déplace sur demande des policiers pour les situations de SM. Une équipe mobile du CCQ se déplace à domicile pour les situations de crise chez la clientèle de 14 ans et plus, avec problème de SM mais n’impliquant pas les policiers
- Centre de prévention du suicide; intervient si crise suicidaire; réseaux sentinelles
- Organismes communautaires offrant du SIV : PECH, Le Verger, OCÉAN, L’Archipel d’Entraide, L’Athénée et l’Éveil Charlevoisien
- L’organisme Clés en mains – 125 programmes de suppléments au loyer (PSL); responsable du volet de la gestion et de l’attribution des PSL octroyés par l’Office municipal d’habitation (OMH) de Québec
- Autogestion des soins – Organisme L’ÉQUILIBRE : groupe d’accueil, d’entraide et de soutien–Clientèle trouble dépressif, référée par le CSSS et des cliniques médicales; 14 groupes d’entraide ou thérapeutiques (12 rencontres); diffusion de l’offre de services auprès des cliniques; guide d’auto-soins; suivi téléphonique des usagers après 6 mois – Projet pilote Cible-Qualité : CSSS / OC / GMF–Clinique médicale St-Vallier (clinique réseau) (6 projets au QC) (terminé depuis février 2011)

- Services de 1^{re} ligne en milieu carcéral – PECH reçoit des références du milieu carcéral; la personne est prise en charge pendant sa détention et, à sa sortie, elle est référée au guichet d'accès SM dans un délai de 7 jours si elle nécessite un suivi

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E – 3^E LIGNE – CHPSY – IUSMQ

- L'accès aux services se fait via le guichet SM de 1^{re} ligne
- Clientèle : troubles de SM graves, instables, et requérant des services de 2^e ligne
- Expertise psychiatrique en évaluation – 1 module d'évaluation liaison (MEL); sur référence médicale
- Programmes : a) troubles psychotiques (exclusion : état psychotique associé à la toxicomanie); b) troubles anxieux et de l'humeur; c) déficience intellectuelle et troubles mentaux graves (associés à une déficience intellectuelle ou à un trouble envahissant du développement); d) psychiatrie périnatale (ex. trouble d'adaptation, dépression post-partum, psychose post-partum); e) gérontopsychiatrie (65 ans et plus; trouble mental tardif et complexification due à l'âge); f) psychiatrie légale (personnes référées par les tribunaux, risque pour la sécurité publique, trouble du comportement sexuel); g) psychiatrie et toxicomanie (uniquement pour les personnes hospitalisées à l'IUSMQ)
- Centres de traitement dans la communauté
 - » *Le Faubourg Saint-Jean* – Programme intensif de traitement (de 2 à 3 ans) pour trouble sévère de la personnalité; être référé par un médecin de l'IUSMQ et maintenir son suivi médical pendant le traitement; être motivé à s'engager dans une thérapie : groupe et individuel, hôpital de jour pour situation de crise (maximum 6 semaines)
 - » *Centre de traitement et de réadaptation de Nemours* – Pour personne avec trouble psychotique grave et chronique avec déficit fonctionnel; résidence de groupe et appartements (apprentissage de l'autonomie)
 - » *Centre de traitement Le Benoît XV* – Résidence de jour; personne avec trouble psychotique grave nécessitant un suivi intensif; écoute téléphonique et intervention de crise 24 / 7

- » *Clinique Notre-Dame des Victoires* – Jeunes adultes de 18-35 ans vivant un épisode psychotique d'évolution récente
- » *Hôpital de jour de l'Est* – Trouble affectif sévère, en situation de crise et de désorganisation majeure (séjour : jusqu'à 8 semaines; évite hospitalisation)

- Cliniques à l'IUSMQ
 - » *Clinique des troubles anxieux*
 - » *Clinique des troubles de l'humeur*
 - » *Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel*
- Suivi intensif (SI) – Transfert de 25 professionnels en 2010 – Places disponibles en SI : 155 places attendues dans l'entente de gestion. Actuellement (période 9 : 2012-2013) : 119 places utilisées
- Ressource pour désengorger le CHPSY. Une fois l'épisode de soins terminé à l'hôpital, cette ressource reçoit les personnes pour lesquelles une orientation en RNI est envisagée mais dont l'évaluation n'est pas terminée. Permet une réorientation vers la communauté dans environ 30 % des cas; 17 places, 90 jours maximum
- Services d'urgence

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- CSSS Québec-Nord (co-partenaire d'ententes de services)
- Office municipal d'habitation (OMH)
- Ville de Québec (incluant les corps policiers)
- Établissement de détention de Québec (ÉDQ)
- Centres résidentiels communautaires (suivi après détention)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

Trois guichets sont en place depuis 2008 – 1 par secteur de CLSC : médecin, 2,4 psychologues ETC, 3 infirmières cliniciennes – 4 197 demandes en 2010-2011.

- Clientèle : personnes ayant trouble de SM ou soupçon de trouble de SM
- Guichet ouvert 5 jours / 7, de 8h30 à 16h30
- Références provenant de : AÉOR, services généraux (ex. si la personne ne répond pas à l'approche court-terme et s'il y a récurrence des symptômes), programmes Famille Enfance Jeunesse (FEJ) et PALV, médecins du territoire, MEL, services privés, services communautaires et transferts de la 2^e ligne pour un suivi en 1^{re} ligne

Fonctionnement du guichet

- Le guichet fonctionne selon des critères régionaux et ceux du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)
- Le guichet reçoit la demande, l'évalue, complète la collecte de données de l'équipe SM, détermine les services requis et leur niveau (1^{re} ligne, 2^e ou 3^e ligne), donne une cote de priorisation à la demande (de concert avec le référent), effectue la référence et s'assure de l'accès aux services
- Comité du guichet d'accès : 1 à 2 rencontres / semaine selon les secteurs. Le coordonnateur professionnel se joint aux rencontres de l'équipe, et le chef de programme, pour les cas complexes
- Orientation des demandes vers : médecins du territoire, services généraux ou programme SM ou module d'évaluation et de liaison (MEL)

Outils

- Formulaire de demande de services propre au guichet
- Trajectoire de services connue des partenaires

Attente

- Délai moyen d'accès (jours) à l'AÉO pour traitement en SM (ambulatoire 18 ans et +) suite à l'inscription au guichet : RLS (1,0); régional (2,2); QC (5,2) (2010-2011)
- Proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours : légèrement plus élevée que celle du QC (0,05 vs 0,04). La Capitale-Nationale se classe au 4^e rang sur 15 régions (2009-2010)
- Délai moyen d'accès à l'AEO (jours) pour SIV suite à l'inscription au guichet : RLS (0,7); régional (1,1); QC (2,9) (2010-2011). Liste d'attente importante en SIV : 71 usagers et le pourcentage d'usagers en SIV est de 25 % de la cible prévue en 2009
- Attente pour services résidentiels (faible roulement des usagers en RNI, nombreuses demandes de relocalisation et traitées avant les nouvelles demandes) – Impact sur : la durée d'hospitalisation, la fin du placement, le délai de 7 jours pour intégrer une ressource (peut aller jusqu'à 20 jours) (2007)

Autre mécanisme d'accès unique pour les RNI

- Le CSSS évalue les demandes – 1 infirmier; 1 intervenant; participation possible d'une association d'usagers
- Ouverture aux clientèles multi-problématiques

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Le projet clinique a été élaboré en 2006. La démarche a permis :

- d'établir des priorités pour le guichet d'accès en SM et l'organisation des services de crise
- de faire connaître aux professionnels et à la population les services des partenaires du RLS

- de consolider les pratiques pour un travail en « mode réseau »
- de faciliter la circulation de l'information clinique sur le suivi d'un usager
- de simplifier les mécanismes d'accès aux soins et aux services

- de mettre en place un comité de crise inter établissements pour éviter des ruptures de service

Concertation en santé et services sociaux

- Équipe clinique régionale des services de crise – CCQ, PECH, CPS, Holland Center, Cercle polaire, La Boussole, CHUQ (urgences), CSSS-VC et CSSS Québec-Nord – Rencontre 1 fois par mois au minimum
- Comité de gestion régional de coordination des services de crise – Minimum de 3,5 rencontres par année; présence d'un répondant clinique de chaque organisation impliquée. Mandat : identifier les ruptures de services et les solutionner. Membres : CSSS, CHUQ (urgences), Centre hospitalier affilié (CHA), CCQ et PECH
- Comité directeur régional des services résidentiels en SM. Mandat : s'assurer de la coordination régionale du Plan de redéploiement des RNI en SM
- Comité régional de coordination en SM
- Association régionale des personnes utilisatrices des ressources de SM (APUR)
- Participation d'un médecin et de représentants d'usagers, de familles et de proches aux négociations du budget en SM avec l'Agence
- Table territoriale des médecins de famille; rencontres régulières au cours de l'année
- Comité concertation-intégration : réorganisation des services spécialisés de 2^e ligne pour transfert d'expertise en 1^{re} ligne
- Table de concertation locale SM; présence des organismes communautaires
- Comité consultatif sur la trajectoire de soins et l'intervention auprès des usagers avec trouble de personnalité : gestionnaire en SM, intervenants mentors des 3 secteurs de CLSC et responsable du projet à l'IUSMQ
- Participation des usagers aux comités (planifié pour 2011-2012)
- Coordonnateurs cliniques au sein des 3 équipes SM et conseillers cliniques à la direction adjointe à la qualité et aux affaires professionnelles
- Échange d'information / rétroaction entre équipes ou organisations – CSSS et partenaires

- Comité régional de coordination des lits. Mandat : assure le suivi des lits court-terme et des urgences psychiatriques

Concertation intersectorielle

- Convention de partenariat OMH / Agence / CSSS-VC / CSSS Québec-Nord : unités de logements autonomes à loyer modique, réservées aux usagers en SIV ou SI – Interface assumée par un agent de liaison du CSSS et un agent de relation de l'OMH – Accès au PSL
- Entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité morbide – CSSS-VC / CSSS Québec-Nord / Hôpital Jeffery Hale-Saint Bridgid's / Ville de Québec – Si le client est suivi par le CSSS, ce dernier élabore un plan d'intervention
- Table territoriale en SM : regroupe des représentants du réseau collégial, de l'habitation, des organismes communautaires, le CLEF et les CH. Elle compte environ 25 participants
- Le CSSS est membre de la Coalition sur le logement social
- Table de concertation pour le suivi du protocole qui réunit le MSSS et le ministère de la sécurité publique (MSP); comprend le réseau correctionnel, la justice, le réseau policier, le réseau SSS et les OC

Ententes de services en SMA

- Autogestion des soins – CSSS / L'ÉQUILIBRE, groupe d'accueil, d'entraide et de soutien – Suivi conjoint de l'entente
- Services SIV–CSSS / Clés en mains / OMH–Soutien au logement pour troubles graves : réadaptation à domicile, enseignement d'habiletés, aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ), suivi, accompagnement, intervention immédiate en situation de crise, aide à l'installation; fonction de liaison avec les référents (dont le CSSS) et l'OMH
- Intervention de crise – CSSS – CLSC Basse-Ville-Limoilou-Vanier / Centre de crise de Québec (CCQ) / PECH
- Entente de services de 1^{re} ligne en *milieu carcéral*–CSSS / ÉDQ / PECH / CSSS-VC / autre CSSS région / collaboration IUSMQ, CH : évaluation du risque suicidaire; suivi en détention et collaboration entre agents correctionnels et intervenants PECH et CSSS; agent de liaison dans chaque organisation; suivi de l'entente : 1 fois l'an

- Entente de services de 1^{re} ligne en *milieu ouvert* pour personnes judiciairisées en situation de détresse ou qui présentent une problématique de SM – Services professionnels correctionnels et centres résidentiels communautaires / PECH / CCQ / CSSS-VC / autre CSSS région / collaboration IUSMQ, CH. Références : agents de probation, intervenants communautaires; si personne non connue : référée au guichet SM et orientation dans les 7 jours; agent de liaison dans chaque organisation et suivi de l'entente : comité 1 fois l'an (partenaires et Agence)
- Soutien professionnel aux intervenants en troubles de personnalité – CSSS / Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean (IUSMQ); pour 3 ou 4 mentors du CSSS (10 rencontres / an); 1 à 3 intervenants seniors 1^{re} ligne de 3 CLSC (3 groupes / an); intervenants SIV désignés (6 groupes / an)
- Entente de service avec l'OMH de Québec pour éviter l'expulsion de la clientèle en SM
- Entente projet WELLNESS
- Entente SI : vise le partage de l'information via un support électronique

Monitoring des activités CSSS et partenaires

- Comité de suivi du PASM
- Système d'information usagers – CSSS (RNI incluses), urgence psychiatrique, centre de crise
- Indicateurs de performance du guichet : a) délai de réponse (7 jours pour services de 1^{re} ligne); b) nombre d'usagers; c) % de clients référés en 2^e ligne
- Mécanisme de gestion des listes d'attente en SM pour traitement de 1^{re} ligne et suivi SIV; la liste d'attente de chacun des services est informatisée. Un intervenant de garde répond aux urgences auprès des personnes en attente et, au besoin, il priorise la demande. Des rapports sont fournis tous les 6 mois
- Mécanismes de suivi des ententes de services (indicateurs et comités de suivi)
- Indicateurs pour les membres du conseil d'administration du CSSS, et permettant d'analyser l'offre de services en fonction des besoins des usagers
- Comité de suivi pour gérer le risque en situation de crise; se fait via les rencontres de soutien clinique des intervenants

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et plans de services individualisés (PSI)

- Protocole en prévention du suicide
- Protocole de soins pour trouble dépressif : trajectoire de soins établie; identification des critères de sélection; outils de décision et d'information à utiliser
- Protocoles de référence
 - » En situation de crise – Convenu entre partenaires; CCQ, PECH et les CSSS
 - » Pour suivi après détention – Référence à PECH pour trouble grave et au CSSS pour trouble léger / modéré
- Utilisation du PSI
 - » En insalubrité morbide (PSI fait par le CSSS avec le propriétaire, le service de police, etc.)⁴
 - » Pour les personnes judiciairisées en situation de détresse ou ayant une problématique de SM

Outils partagés entre organisations

- Grille d'évaluation des besoins en situation de crise
- Évaluation par l'utilisateur des services de soutien à l'auto soins; évaluation des besoins; bilan des interventions – outils partagés par le CSSS et l'organisme l'ÉQUILIBRE
- Formulaire « Référence au réseau SSS » et « Autorisation de divulgation de renseignements personnels » – partagés par CSSS / centres résidentiels communautaires (services correctionnels) / PECH / centre de crise; si référence par l'IUSMQ : formulaire de référence pour la continuité des services
- Outils en contexte de détention – partagés par CSSS / PECH / ÉDQ (établissement de détention de Québec)

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Aucun psychiatre répondant désigné en SMA (selon l'annexe 42); besoin planifié : 7 heures / semaine par secteur de CLSC (besoins 2012-13)

⁴ Entente de collaboration intersectorielle dans les situations d'insalubrité morbide. Implique la Ville de Québec, l'Agence, les 4 CSSS de la région, l'Archipel d'entraide, la Direction de la santé publique

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Parfois, suivi conjoint CSSS / PECH, pour personnes incarcérées – Soutien du CSSS au milieu correctionnel
- Pour troubles dépressifs et bipolaires : dépistage, évaluation et mobilisation de la personne par le CSSS; entrevue individuelle, groupe et relance téléphonique par L'ÉQUILIBRE
- Intervention conjointe du CSSS, de la Ville (inspecteur, policier) et d'organismes communautaires, au besoin
- Infirmières gestionnaires de cas complexes qui travaillent à l'urgence du CH, celles des GMF et des cliniques réseaux – plus de 200 usagers redirigés vers celles-ci (Programme « Alliance ») : vise les grands utilisateurs de services des urgences

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Transfert des connaissances lors des activités Midis PRISM Dialogue, Midis PRISM Focus
 - » Quelques thèmes abordés : défis des intervenants de proximité en milieu fragilisé : pauvreté, exclusion sociale et agir dans les milieux de vie
- CSSS : plan de développement par compétence et plan de formation individualisé

Le réseau local de services (RLS)

Énergie

CONTEXTE

Régional

- La Mauricie / Centre-du-Québec (MCQ) est une région intermédiaire avec 10 municipalités régionales de comté, 149 municipalités et 5 communautés autochtones (499 276 habitants) (2012)
- Elle est la cinquième région sociosanitaire la plus peuplée au Québec (QC)
- La région est composée de 8 RLS

Réseau local de services sociosanitaires

- La population du RLS Énergie est de 65 732 habitants (2012)
- Au cœur de la région et en bordure de la rivière Saint-Maurice, Shawinigan est la principale ville du RLS, avec 55,000 habitants
- Très faible accroissement de la population et décroissance chez les jeunes; sous-scolarisation et faible revenu
- Vieillesse dans le RLS : 21 % (MCQ 18,2 %; QC 15,9 %) (2006)
- Taux projeté d'accroissement de la population du RLS entre 2010-2020 : 1,34 % (MCQ 4,02 % et QC 6,89 %) (2006)
- Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) environ 28 %, (MCQ 25 % et QC 23,7 %) (2006)
- Personnes vivant sous le seuil de faible revenu : 19,4 % (MCQ 15,6 % et QC 17,2 %) (2006)
- Taux de personnes faiblement scolarisées : 19,3 % (MCQ 20,4 % et QC 17,1 %) (2006)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant inférieures au Québec : 125,11 \$ vs 137,15 \$. MCQ se classe au 7^e rang sur 18 régions (2009-2010)
- Pourcentage des dépenses régionales du programme SM consacrées aux organismes communautaires (OC) légèrement inférieur au QC, soit 8,60 \$ vs 8,82 \$ (2009-2010)
- Taux de psychologues régional par 10 000 habitants légèrement inférieur à l'ensemble du Québec (9,56 vs 10,78) (2010-2011)
- 35 OC en santé mentale en MCQ
- Ligne Info-Santé et Info social

Local

- Le RLS de l'Énergie compte 16 établissements ou installations

Ressources en 1^{re} ligne

- 1 CSSS (de l'Énergie)
- 1 UMF : Unité de médecine familiale de Shawinigan (depuis 2007, partenariat avec le MSSS et l'Université de Montréal (UdeM))
- 3 groupes de médecins de famille (Shawinigan-Sud, Grand-Mère, St-Étienne-des-Grès) répartis sur 7 sites (en date de septembre 2012)
- 2 cliniques médicales privées
- La clinique ambulatoire du Centre d'hébergement Lafèche (avec et sans RDV) pour problème de santé urgent
- 3 COOP de solidarité santé
- 10 OC en SM

- 17 pharmacies communautaires
- 75 omnipraticiens et 58 spécialistes

Ressources spécialisées

- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie; SM (24 lits de courte durée et 19 civières–2012)

- Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY) : le Centre régional de santé mentale; 2^e, 3^e lignes : médico-légal (15 lits), double expertise (5 lits), unité de traitement et de réadaptation de longue durée en psychiatrie (40 lits)
- 3 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Lafleche, Saint-Maurice et Joseph Garceau

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

Services de l'équipe SM adulte – 1 CLSC

532 usagers desservis en 1^{re} ligne. Engagement atteint à 96 % (545) (2011). Au 31 mars 2012, le CSSS atteignait 34 % de la cible 2015 (1124 usagers) du PASM, en desservant 378 usagers.

- Équipe SM adulte créée avant le PASM; une petite équipe au départ mais plus développée aujourd'hui
- Depuis 2001, l'Agence finance le développement de l'équipe SM. Depuis la mise en place du PASM, 3,6 ETC ont été ajoutés à l'équipe SM 1^{re} ligne
- Professionnels en équivalent temps complet (ETC) :
 - » 1 psychoéducateur (psychosocial)
 - » 3 TS (psychosocial)
 - » 1 infirmière (programme dépendances)
 - » 5 psychologues et 1,2 (42 h / semaine) ergothérapeute
 - » Pas d'omnipraticien
- En 2012-2013, 2 ETC sont prévus pour le développement du programme SM (psychologue ou psychoéducateur)

Programme SM

- Clientèle visée : adultes ayant un problème de SM ou dont la santé mentale est menacée, de même qu'adultes présentant une problématique suicidaire
- Psychothérapie individuelle, de groupe (troubles anxieux ou trouble de la personnalité (TP))
- Intervention de crise, de crise suicidaire, psycho-éducative et en ergothérapie

- Comorbidité : SM / toxicomanie / DI / problème avec la justice / potentiel suicidaire
- Répît dépannage : jeunes et adultes présentant des troubles graves ou transitoires (le répît en résidence d'accueil relève de la direction mais pourrait être offert en OC) – RI (4 places)
- Accompagnement pour l'intégration au travail et / ou aux études

Programme SIV dans la communauté

- Clientèle visée : adulte avec un trouble grave de SM, dont les difficultés sont moindres qu'en suivi intensif
- Interventions de type « *case management* », dispensées par un intervenant pivot
- Le nombre moyen d'adultes ayant reçu des services : 50,7. La cible du PASM 2015 est de 165
- Aucune liste d'attente – Moyenne de 83 usagers par période
- Depuis le PASM, 3 professionnels ETC ont été ajoutés à l'équipe de soutien d'intensité variable

Programme dépendances

- Clientèle visée : adulte (jeu pathologique, alcoolisme, toxicomanie)
- Intervention préventive et curative individuelle ou de groupe en dépendance (Alcochoix +)
- Traitement (en lien avec les familles)
- Support clinique des OC en dépendance : un organisme en hébergement, un organisme d'aide et d'entraide et un organisme d'insertion sociale

Intervenant désigné suicide des directions programmes SM et dépendance

- Intervient auprès des personnes vivant une crise suicidaire ou ayant posé un geste suicidaire
- Demandes acheminées au GA

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

Centre de prévention du suicide Centre Mauricie / Mékinac

Couvre le secteur Mékinac du CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan et le CSSS de l'Énergie – Services de crise et de prévention du suicide

- Objectifs : développer et maintenir des activités de sensibilisation, des services d'intervention en cas de crise, des activités d'accompagnement et de support
- Écoute et intervention (suicide) 24 / 7
- Post-intervention suite à un suicide. Groupes de soutien pour endeuillés
- Conférences et documentation
- Formations adaptées aux demandes et accréditées

Groupes affiliés-Regroupements

- Solidarité régionale d'aide et d'accompagnement pour la défense des droits en santé mentale (défense des droits, aide, accompagnement et formation aux usagers en SM). Siège social à Trois-Rivières
- Regroupement des organismes communautaires de base en santé mentale 04-17 (ROBSM) (mandat régional; regrouper et soutenir les OC en SM). Siège social à Trois-Rivières

Soutien aux usagers, parents et proches (local)

- Auto-Psy (entraide pour usagers)–Shawinigan dessert également le secteur de Mékinac
- Le Périscope (Association des familles et des proches des personnes atteintes de maladie mentale; soutien aux parents et aux proches)–Grand-Mère. Il dessert également le secteur de Mékinac
- Centre Roland-Bertrand; support aux usagers

Violence conjugale (local)

- La Séjournelle : groupe conjoint avec le CSSS de l'Énergie (animation conjointe et échanges cliniques)

Hébergement

- Maison de transition de la Batiscan (ressource d'hébergement de transition pour les personnes ayant une double problématique : SM et toxicomanie / alcoolisme)–St-Stanislas
- Soutien au logement Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie (RHCM) (Accès et soutien au logement)–Trois-Rivières et Centre-Mauricie

Travail

- Service d'Intégration au Travail (ateliers de travail–accès et soutien au travail)–Trois-Rivières

Réseaux sentinelles

- En 2010-2011, le CSSS de l'Énergie a poursuivi sa collaboration avec le Centre de prévention du suicide pour la mise en place de réseaux de sentinelles sur le territoire. Cinq réseaux ont été développés et 30 personnes sont habilitées à reconnaître le risque suicidaire et à orienter des interventions préventives

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E–3^E LIGNE–CHPSY

Le Centre régional de santé mentale (CRSM)–Mission régionale de psychiatrie: évaluation, traitement et hospitalisation de moyenne et de longue durée–Troubles modérés ou sévères

Historiquement, le CRSM desservait une clientèle présentant un trouble sévère et persistant associé à une problématique organique ou à des déficits cognitifs importants. Le transfert et l'orientation de plusieurs de ces personnes vers des ressources résidentielles a permis d'axer davantage l'intervention sur la réadaptation et de mieux l'adapter aux besoins évolutifs de la clientèle

- **Psychiatrie légale** avec programme de traitement pour contrevenants : 59 lits dont un module sécurisé de 4 places

- **Programme de traitement et de réadaptation** (unité) : offre des services de traitement et de réadaptation pour une clientèle désorganisée avec un besoin d'hospitalisation (40 lits au permis mais 45 lits occupés)
- **Programme résidentiel RNI** : mandat régional; clientèle avec trouble sévère et persistant, 800 places réparties sur l'ensemble du territoire (appartement supervisé, résidence d'accueil, RI)
- **Suivi intensif (SI)** dans le milieu : mandat régional du CSSS de l'Énergie–264 places en 2011-2012; cible de 497 places en 2015 (PASM). Au 31 mars 2012 : 43,3 professionnels ETC en place
 - » Le programme régional de SI en équipe multidisciplinaire est constitué de 5 points de services : Drummondville, La Tuque, Shawinigan, Trois-Rivières et Victoriaville. Ces équipes desservent l'ensemble de la région

Mission locale–Programme de SM 2^e ligne

- **Hôpital de jour**–Centre de traitement spécialisé; problème complexe de SM, transitoire ou avec des troubles mentaux graves associés à de la détresse psychologique–Approche par objectifs
- **1 clinique externe** spécialisée (individuel et groupe). Programmes : a) Équilibre pour troubles de l'humeur, b) Trouble de personnalité limite (TPL) sévère, c) Jeunes psychotiques à partir de 16-17 ans
- **Programme de psychiatrie courte durée** (unité de 24 lits) et lien avec urgence psychiatrique et partenaires

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX IDENTIFIÉS

- Centre de réadaptation en dépendances (CRD) Domrémy de la MCQ (toxicomanie, alcool, médicaments, jeu pathologique). Point de services à Shawinigan
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CRDI-TED MCQ, comorbidité déficience et TED)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

RÔLE ET FONCTIONS DE L'ACCUEIL ÉVALUATION ORIENTATION (AÉO)

- L'accès à la 1^{re} ligne psychosociale, aux services de SM et en dépendances se fait par l'accueil psychosocial, de 8h à 20h, par téléphone ou en personne, avec ou sans rendez-vous
- Les intervenants de l'AÉO peuvent être appelés à faire une intervention de crise sur le terrain, afin de stabiliser la situation pour ensuite faire une demande de services au guichet d'accès (GA)
- En cas d'urgence : les intervenants communiquent avec le GA
- Dans le cas des nouvelles demandes, une évaluation peut être faite au GA

RÔLE ET FONCTIONS DU GUICHET D'ACCÈS

- Analyse des dossiers SM, admission et orientation des nouvelles demandes (psychosocial, SM, SI, SIV, cliniques externes et dépendances)
- Patients orphelins : environ 20 % au CSSS; proportion équivalente au GA en santé mentale
- GA localisé au CSSS; **ne se déplace pas** mais fait le lien avec les autres programmes, cliniques médicales, l'urgence et les partenaires des OC (ex : La Séjournelle et le centre de prévention du suicide)
- Avec l'appui du chef de programme impliqué, le GA à la responsabilité de former des **comités consultatifs**, au besoin, pour les situations complexes
- Rôle du comité du GA : discuter de l'orientation des cas complexes afin de déterminer la hiérarchisation des services et la responsabilité de chacun

Personnel et composition du guichet d'accès

- Une psychologue coordonnatrice. Une prime de coordination professionnelle lui confère l'autorité fonctionnelle pour la priorisation des demandes et la distribution des suivis (liens avec interne et externe)
- Pas de psychiatre répondant (prévu pour septembre 2013)
- L'évaluation est faite par l'équipe SM 1^{re} ligne

Outils de fonctionnement

- Les demandes sont analysées et assignées aux intervenants selon une grille de priorisation
- Le guichet fait parvenir un accusé de réception qui mentionne aux référents l'orientation de la demande

Liaison entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne

- Le GA assure la liaison entre la première et la deuxième ligne

- Les demandes d'évaluation psychiatrique des omnipraticiens de la communauté sont actuellement envoyées directement en 2^e ligne et elles font l'objet d'une pré-évaluation infirmière en clinique externe
- Toute demande pour l'hôpital de jour doit être faite par le médecin œuvrant au département de psychiatrie, le psychiatre de l'urgence ou celui de la courte durée

Liaison programme 1^{re} ligne et RNI : l'accès au dépannage de la résidence des Chutes est accessible à la clientèle du programme 1^{re} ligne pour tous les services; la demande de services au programme RNI sera évaluée par l'intervenant ressource.

Urgence courte durée – L'infirmière a un rôle d'agent de liaison. En avril 2011, une modification du rôle et une procédure en cas de débordement ont été apportées. Une meilleure collaboration avec Domrémy s'est également développée (3 demi-journées / semaine).

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

39

Tables de concertation

- Table régionale en santé mentale et dépendance (directeurs santé mentale des CSSS, représentants des établissements à vocation régionale (Domrémy, CRDI, Centre jeunesse) et représentant de l'Agence). Lieu servant à la planification, à la coordination des actions et au partage d'informations, surtout tactiques et opérationnelles
- Table régionale de psychiatrie : 5 chefs de départements de psychiatrie, 3 omnipraticiens et l'Agence. Table consultative dont les travaux génèrent des analyses et des recommandations qui sont acheminées à l'Agence
- DRMG : Direction régionale de médecine générale (un omni par RLS et l'Agence)
- Table ROBBSM / Agence : un représentant de chaque table sectorielle, le coordonnateur du ROBBSM et l'Agence. Cette table joue le rôle d'un comité de liaison
- **Plan local** – Table réseau en SM et dépendance (niveau tactique). Rencontres à une fréquence de 2 à 3 fois / an
 - » La table relève de la Table Forum du RLS (niveau stratégique; table permanente)
 - » Composition : directrice du ou des programmes, présidente du conseil d'administration (CA), quelques acteurs du CSSS, partenaires du RLS
 - » Mandat : à partir des orientations stratégiques de la Table Forum, la Table réseau définit et établit l'offre de services globale en initiant et en supervisant des sous-tables de travail au besoin
 - » 4 sous-comités
 - » Lieu d'échange et de partage où le projet clinique organisationnel poursuit son actualisation. Par leur participation aux réunions, les partenaires peuvent suivre l'évolution des travaux communs, discuter des enjeux de santé de la population, initier de nouveaux partenariats et s'informer mutuellement des services offerts

Particularité : À noter qu'un représentant SM du CSSS de l'Énergie va aux tables réseaux des autres CSSS à titre de partenaire puisque le CSSS de l'Énergie a un mandat régional au niveau de l'hébergement, du SI, du médico-légal et de l'hospitalisation de longue durée

Ententes de services

- Des protocoles d'entente pour des continuums de services fluides et efficaces sont élaborés avec des partenaires du CSSS; certains sont à réviser et d'autres ont été ciblés afin d'être élaborés
- Entente entre le CRD Domrémy et le CSSS
- Entente sur le rôle de l'infirmière, agent de liaison à l'urgence de courte durée, en cas de débordement et sur sa collaboration avec Domrémy

Monitoring des activités

- Suivi des ententes de services : tableau périodique de l'Agence qui permet de suivre les principaux indicateurs de gestion en lien avec le PASM ainsi que les résultats de l'entente de gestion et d'imputabilité (période comptable : 1 fois / 4 semaines. Données informatisées – CLSC Gestred)
- Outil de suivi du plan global d'amélioration continue de la qualité, sous forme de tableau de bord, utilisé par le comité de direction et pour la reddition de comptes auprès du CA. Prise en charge par la nouvelle directrice de la qualité en mai 2012
- La Direction des services professionnels a élaboré un tableau de bord du suivi de la performance à partir des indicateurs – données soumises au CA
- Chaque comité du CA produit un rapport de ses travaux, de même que les différents conseils professionnels (CMDP, CII et CM)
- La démarche d'implantation du numéro téléphonique unique se poursuit :
 - » Fusion de la téléphonie, en procédant à l'intégration des lignes IP pour l'ensemble des installations (sauf dans les CIC), à l'unification des listes téléphoniques du CSSS et à leur diffusion sur Intranet
- Mise en place de systèmes d'information (MAGIC) permettant le suivi de gestion et le soutien à la décision clinique :

- » Croisement et intégration de données de différents systèmes d'information clinique
- » Analyse plus poussée des situations des grands utilisateurs du système de santé de même que des clientèles vulnérables à desservir
- Toute la clientèle qui passe par l'urgence ou qui est hospitalisée est inscrite dans la base de données SIGACO
- Afin de faciliter la saisie des rapports de déclaration d'incidents ou d'accidents, le déploiement du logiciel GESRISK s'est poursuivi avec l'ajout de 2 établissements (Centre régional de SM et Hôpital du Centre-de-la-Mauricie)
- Révision du circuit du médicament en hébergement et en SM
 - » L'implantation des systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments s'est poursuivie, notamment au Centre régional de SM, en 2012, et en hébergement. Il est encore tôt pour en mesurer l'impact en hébergement, mais la conformité globale du circuit pour les autres volets d'implantation est passée de 29 % à 64,4 % (mesure prise avant l'implantation en hébergement)
- Un travail *local* et *régional* pour déterminer les besoins en matière d'information clinique
 - » Une analyse du processus de circulation du dossier papier dans l'organisation
 - » Une révision de certains processus cliniques
 - » La création d'un comité visant l'harmonisation de plusieurs formulaires
 - » *En cours* : l'implantation du dossier clinique informatisé est un objectif; actuellement au stade de l'analyse des 4 dossiers physiques à uniformiser (formulaires et numérisation)
 - » Sondage sur la satisfaction des usagers : le Conseil Canadien d'Agrément souligne l'évaluation régulière de la satisfaction de la clientèle et l'utilisation des résultats

Protocoles cliniques et guides de pratique

- Cadre de référence régional sur la mise en place du GA en SM, en lien avec le cadre provincial
- Cadre de référence régional sur l'organisation des services de soutien d'intensité variable

- En lien avec le cadre provincial, depuis 2002, la Direction de santé publique de la MCQ a un cadre de référence régional basé sur une approche de développement des communautés (renforcement de l'action intersectorielle)
 - » Récemment, une instrumentation a été développée pour apprécier le potentiel de développement des communautés et pour identifier des actions visant à soutenir ces projets de développement
 - » Plusieurs regroupements locaux et régionaux (organismes, municipalités, etc.) manifestent leur intérêt à s'approprier cet outil en vue de soutenir la mobilisation des acteurs de leur milieu
- Cadre de référence régional sur l'organisation des services de première ligne et la hiérarchisation des services, découlant de la table des directeurs pilotée par l'Agence (à venir au printemps 2013)
- Politique de planification de l'intervention clinique
- Politique du cycle clinique (SM)

Soins partagés – Psychiatres répondants – *Pas de psychiatre répondant adulte*

- Le « modèle » de psychiatre répondant qui conviendrait aux attentes des omnipraticiens du territoire est à développer avec la collaboration de la Table médicale régionale

- Les omnipraticiens du RLS et les professionnels des 3 programmes de 1^{re} ligne peuvent référer en tout temps par téléphone ou en personne à un psychiatre de 2^e ligne : accès direct par un mécanisme informel

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Dépendance
 - » Collaboration avec le CRD Domrémy pour des services aux personnes ayant un problème de comorbidité – SM et toxicomanie
 - » Offre de services, à l'urgence, d'une infirmière spécialisée en toxicomanie
- Réseaux sentinelles : collaboration (période 2010-2011) du CSSS avec le centre de prévention du suicide pour la mise en place de réseaux de sentinelles sur le territoire
- Infirmière de liaison (agent de liaison) 2^e ligne (à l'urgence)

Implantation du plan de services individualisé

- Élaboration d'un cadre de référence territorial pour les PSI / PSII en 2011

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

Formations mises en œuvre et coordonnées régionalement

- Programme de formation SIV (13 jours). Élaboré et coordonné par l'Agence; offert à l'ensemble de la région. Un programme pour les intervenants ainsi que des rencontres de co-développement pour les gestionnaires responsables
- Formation à l'intervention auprès de la personne suicidaire, basée sur les bonnes pratiques (formation accréditée de l'AQPS déployée sur l'ensemble du territoire)

Formations initiées par le CSSS

- Formation portant sur l'accueil de la clientèle; a permis une orientation plus fluide des clientèles

- Formation des sentinelles
- Formation en dépendances
 - » Le phénomène des dépendances était peu connu pour plusieurs intervenants du CSSS
 - » L'organisation a initié en 2010-2011 une formation en dépendances auprès des intervenants de 1^{re} ligne afin qu'ils soient mieux habilités à reconnaître cette problématique et à adapter leurs interventions
 - » 27 intervenants formés pour un dépistage plus rapide et une meilleure intervention (plusieurs secteurs : Direction de la SM et dépendances, Direction de l'enfance, de la jeunesse, de la famille et de la Santé publique)

Memphrémagog

CONTEXTE

Régional

- Région universitaire, semi-urbaine, rurale
- 7 RLS dans la région
- 4,8 % de la population de la région a tenté de se suicider au cours de sa vie comparativement à 4,4 % au Québec (QC) (2008)

Réseau local de services sociosanitaires

- Territoire du RLS : 48 735 habitants; 34,7 habitants / km²; 17 municipalités
- 4,8 % d'immigrants dans le RLS (2006)
- 80,5 % de francophones et 18,5 % d'anglophones au sein du RLS (2006)
- Population vieillissante et très faible capacité de remplacement par les jeunes
- 25,4 % de la population des 25 ans et plus est sans diplôme d'études secondaires (2006)
- 10,5 % de la population est sous le seuil de faible revenu (2005)
- Dans la population du RLS, 23,5 % sont des familles monoparentales et 16,7 %, des personnes vivant seules (2006)
- La clientèle est de plus en plus vulnérable (ex. comorbidité santé mentale (SM) et dépendance)
- Taux annuel moyen de mortalité par suicide sur 100 000 habitants : supérieur à celui du QC (18 vs 15,6) (2005-2007)
- Niveau de soutien social légèrement supérieur à celui du QC (77,5 % vs 75,1 %) (2005)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales du programme SM par habitant : 120,01 \$ vs 137,15 \$ au QC. L'Estrie se classe au 5^e rang sur 18 régions (2009-2010)
- Dépenses régionales du programme SM dédiées aux organismes communautaires (OC) : 6,06 % vs 8,82 % au QC (2009-2010)
- Transferts de budgets et ressources vers la 1^{re} ligne pour : suivi des clientèles hébergées, soutien aux ressources et mécanisme d'accès aux ressources de 1^{re} ligne (2010-2011). Transferts principalement pour développer le logement autonome avec soutien et l'hébergement temporaire de 30 jours (répit, dépannage, transition, relocalisation).
- Important roulement du personnel de gestion au Centre de santé et de services sociaux (CSSS), soit 6 cadres en 10 ans (2010)
- Taux régional de psychologues par 10 000 habitants supérieur à celui du QC (11,97 vs 10,78) – 3^e rang (2010-2011)
- 123 OC pour différentes problématiques dans la région, dont 22 OC en SM (2008-2009)
- Ligne Info-santé 24 / 7

Local

Ressources en 1^{re} ligne

- Centre local de services communautaires (CLSC) – Siège social (Magog) et points de services à Stanstead et Mansonville
- 2 groupes de médecins de famille (GMF)
- 1 OC en SM dans le RLS (L'Élan) et 7 pharmacies communautaires
- 3 psychiatres dans le RLS

Ressources spécialisées

- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) – 4^e plus grand au QC; fusion des centres hospitaliers de courte durée
- Centre de réadaptation en dépendance (CRD) : Centre Jean-Patrice-Chiasson; pour clientèle avec comorbidité
- CRDITED Estrie (centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)
- Centre de réadaptation Estrie (incapacité physique)
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Pas de RTF et de RI (suite à la loi 108–2 ressources d'hébergement)

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- Services de crise entre 18h30 et 8h30 (accueil; services de crise de jour ou offre de service au téléphone et au domicile si requis)
- **Services généraux**
 - » Point de chute de toute demande de services en SM : analyse de la demande (ouvrir / réactiver le dossier, identifier le dernier intervenant, examiner la pertinence d'une intervention de crise ou ponctuelle)
 - » Si besoin de services spécifiques ou spécialisés, l'accueil évaluation orientation (AÉOR) réfère la demande au guichet d'accès (GA). Arrimage avec le GA lorsque le potentiel suicidaire est élevé
 - » Réception des références du Service de triage et de consultation clinique (STCC) du CHUS. Si l'utilisateur est connu du CSSS, il est référé à un agent de liaison du guichet
 - » Urgence-détresse CLSC et accueil social sans rendez-vous au CLSC de Magog. Évaluation systématique du risque / urgence suicidaire par l'accueil social pour toute nouvelle demande (ou par l'équipe SM si client connu)
- **Une équipe santé mentale adulte** (SMA) – 12 professionnels (7,2 en équivalent temps complet (ETC)) : 2 omnipraticiens (1,2 ETC), 3 infirmières (1,4 ETC), 1 psychoéducateur (0,8 ETC), 2 auxiliaires familiales / sociales (2 ETC), 2 travailleurs sociaux (2 ETC), 1 organisateur communautaire, 1 psychologue. La supervision clinique est assumée par un spécialiste en activités cliniques; discussions de cas 1 fois / semaine et rencontre 1 fois / mois avec psychiatre
- » Groupe de soutien auprès des personnes en suivi d'intensité variable (SIV)
- » 2 groupes pour personnes avec troubles anxieux
- » Traitement des demandes du GA (voir section guichet)
- » Intervenant pivot pour clientèles qui le requièrent (ex. SIV) : coordination du plan de services individualisé (PSI); soutien à l'accès aux ressources d'intégration sociale et professionnelle, au traitement et au suivi clinique en SM; support conseil aux partenaires SSS et intersectoriels; suivi résidentiel, si usager sur le territoire
- » SIV (depuis 1998) : 70 places. Suivi local de 19,6 usagers ayant des troubles graves, durée indéterminée (attente : environ 50% des transferts du CHUS). 16% de la cible a été atteinte. Ratio usagers : 12 à 25 par intervenant. L'équipe SIV est composée d'environ 6 ETC (2 infirmières, 2 travailleurs sociaux, 1 psychoéducateur, 1 organisateur communautaire et 1 médecin qui fait la liaison avec GMF). Compétences : réadaptation, expertise auprès de clients en grande difficulté et isolés, intervention en milieu de vie, mobilisation des clients, spécialistes des situations de déséquilibre
- » Ateliers d'insertion socioprofessionnelle (ISP) en collaboration avec l'Élan et l'éducation des adultes

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- JEVI-CPS : centre de prévention du suicide
- Réseau de prévention suicide chez les hommes

- La Cordée – Organisme régional en prévention de la violence
- *Mental Health Estrie* (MHE) – Soutien aux proches aidants
- Centre l'Élan – Activités de jour et insertion socioprofessionnelle (ISP); groupes ISP à Magog (atelier d'art thérapie et groupe de croissance)
- Han-Droits – Logement social autonome. Entre autres : groupe de soutien pour personnes en logement social
- PRO-DEF Estrie : groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale
- APPAMME : intervention auprès des proches
- SECOURS-AMITIÉ Estrie : service d'écoute téléphonique pour personnes en détresse (offert à toute la population)

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E ET 3^E LIGNES

- Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS)
 - » Service de triage et de consultation clinique (STCC)
 - » Contribution à l'évaluation / traitement des troubles modérés et graves; traitement de situations complexes
 - » Urgence psychiatrique régionale
 - » Hôpital de jour en SM
 - » 18 lits en psychiatrie : durée de plus ou moins 3 mois (stabilisation clinique); transformation des lits de courte durée en moyenne durée pour 1^{er} épisode psychotique
- Programme de suivi intensif (SI) offert à Sherbrooke par une demi-équipe du CHUS : 7,8 usagers en moyenne (cible 2011 non atteinte); 40 places planifiées – ratio de 5 à 8 clients / intervenant

- Ressources résidentielles régionales – Pour besoin spécifique
 - » Ressources de type familial (RTF) et RI concentrées à Sherbrooke; processus de réévaluation des besoins et décentralisation vers les CSSS, sur environ 5 ans (de 2008 à 2011)
 - » Hébergement de transition à encadrement intensif : foyer de groupe (CRD Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison St-Georges); 24 places dont 2 de transition; séjours de 72 heures (désintoxication, cas judiciairisés)
 - » CHSLD-SM (Maison Rose-Blanche de Sherbrooke) : centre privé; 14 places pour la clientèle SM vieillissante; durée indéterminée (maintien des acquis)
 - » Hébergement de transition à encadrement intensif (RI – Pavillon de la Montagne) : 25 places dont 17 chambres supervisées; durée indéterminée (sur un autre territoire que le RLS mais accès à des places)
 - » Ressources résidentielles pour premiers épisodes psychotiques

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SSS ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- CSSS et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) – Gestionnaire du mécanisme régional d'accès à l'hébergement (clientèle 1^{re} et 2^e lignes). Mécanisme non lié au guichet.
- CRD Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison St-Georges – Alcoolisme et autres toxicomanies
- CRDITED Estrie
- Centre de réadaptation Estrie (physique) – Intégration au travail
- Office municipal d'habitation (OMH)
- Centre régional d'éducation des adultes (CRÉ)
- Services de police

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

Un guichet unique depuis environ 2005 – Pour services spécifiques et spécialisés, et conçu dans une optique de continuité des services et en partenariat avec le CHUS (coresponsable du GA) : 1 agent de liaison, de

préférence une infirmière; 1 intervenant psychosocial ou 1 infirmière de l'équipe SM, 1 infirmière agent liaison du STCC du CHUS

Provenance des demandes

- Urgence de l'établissement ou Urgence-détresse / CLSC
- Autres programmes services du CSSS (mécanisme particulier ou directement par l'intervenant)
- CHUS : STCC; urgence psychiatrique; unité d'hospitalisation en prévision du congé; clinique spécialisée en SM du CHUS
- Omnipraticiens du territoire, professionnels de la santé en cabinet privé, etc.
- Autres CSSS ou établissements du réseau
- OC en SM

FONCTIONNEMENT DU GUICHET

Agent de liaison du CSSS

- Facilite la collaboration et les communications avec les partenaires locaux et régionaux
- Est une personne ressource pour les intervenants des autres programmes ou mécanismes d'accès du CSSS (ex : Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALAV), déficience intellectuelle (DI))
- Exerce un *leadership* dans la recherche de partenaires pour compléter l'offre de services
- Reçoit les demandes de services et y donne suite : pré-évaluation par téléphone ou en rencontre; il complète, étoffe le dossier avec l'outil d'évaluation clientèle santé mentale adulte (OÉCSM-A) afin de le présenter au comité du guichet; s'assure que les besoins du client soient compris dans leur globalité
- Est en lien avec l'AÉOR, avec le triage de 2^e ligne (STCC) pour les usagers connus du CSSS et avec le psychiatre répondant
- Actualise certains protocoles d'évaluation, de soins et de traitement, si besoin, pour éviter des délais
- Transmet au référent la décision du comité du GA, répond à ses demandes d'information et à celles des collaborateurs
- Achemine le dossier au partenaire ou service où est référé le client

Comité du guichet d'accès – 1 fois / semaine

- Membres du comité : le personnel du guichet; lorsque possible le psychiatre répondant, le médecin de l'équipe SM, parfois la personne et un proche; le psychiatre se déplace pour la fonction guichet
- Le comité attribue un niveau de priorité des demandes traitées au guichet durant la semaine, selon des critères établis
- Le comité du guichet examine les évaluations
- Il réfère la demande vers le bon niveau de service. L'un des critères : la hiérarchisation des services. Le psychiatre et le médecin du guichet évaluent le niveau requis : services courants, 1^{re} ligne SM, SIV, SI
 - » Le suivi en 1^{re} ligne SM vise l'amélioration d'une situation, d'un problème défini avec le client. Si la symptomatologie est importante, le client est suivi par le médecin; l'infirmière fait un suivi de la santé globale et de l'hygiène de vie; le travailleur social intervient lorsqu'il y a problème relationnel et isolement; si souffrance subjective et besoin d'introspection, le psychologue intervient; la réadaptation est sous la responsabilité du psychoéducateur)
- Le comité peut demander une évaluation complémentaire; elle sera confiée au professionnel de la discipline appropriée au besoin du client

Outils de fonctionnement du guichet

- Outil de pré-évaluation
- Trajectoire de référence vers le guichet
- Formulaire de demande de services du médecin traitant, pour consultation auprès du psychiatre; ce formulaire de demande est à étendre à toutes les organisations
- Formulaire de réponse au référent
- OÉCSM-A (outil d'évaluation développé par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) et un comité d'experts) – Pour demande d'hébergement ou référence régionale
- Mise à jour régulière de l'offre de services des partenaires locaux et régionaux, ainsi que des besoins émergents ou sans réponse

Attente

- Attente pour clientèle en soutien socioprofessionnel. Solution apportée : gestion autonome des médicaments (2010)
- Pas d'attente en SIV – cible atteinte (2010-2011)
- Attente référence-intervention en 1^{re} ligne (7 jours accès / 30 jours traitement) : aucun usager en attente (2011)
- Attente référence-intervention en 2^e ligne (14 jours accès / 60 jours traitement) : 124 usagers en 2011 et 168 en 2009

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Projet clinique élaboré en 2008 – Bilan et révision des cibles en 2011-2012

- Meilleure accessibilité aux services socioprofessionnels pour les clientèles visées
- Activités de jour pour favoriser l'intégration sociale et le développement des capacités, 1 jour / semaine

Concertation santé services sociaux

- Groupe de travail régional sur le continuum de soins – ASSS, CHUS, les CSSS, OC, direction régionale de médecine générale – Entre autres travaux : trajectoire concertée entre urgence, GMF et services en SM 1^{re} ligne
- Comité directeur en SM Estrie – Responsables d'établissements de la région et OC (régional)
- Table de concertation locale en SM – Ajout d'un membre de l'équipe SM; participation de 2 usagers et OC (sous-comité ISP)
- Comité inter-établissements CHUS-CSSS et CRD JP CHIASSON
- Comité régional de suivi des guichets SM et des soins partagés
- Rencontres avec le psychiatre répondant, les psychiatres consultants auprès de la clientèle adulte ainsi que le chef d'admission au programme (aux 6 mois)

Concertation intersectorielle

- Projet clinique élaboré avec partenaires intersectoriels et représentants des usagers – 28 personnes

- Entente de collaboration réseau SSS et réseau de l'Emploi – Continuum de services intersectoriel (OC, SSS, Emploi-Québec)
- Table de concertation locale en intégration socioprofessionnelle : CSSS, L'Élan, Centre d'éducation des adultes (CÉA), Centre local d'emploi (CLE), TRAV-ACTION (SEMO), Pro-Def Estrie, CR de l'Estrie (incapacité physique), un délégué des usagers – 2 rencontres / an
- Table de concertation logement
- Comité sur le logement social : Han Droits, CDC, municipalité, OMH

Ententes de services

- 2 ententes de services en hébergement : 1) soutien au logement social; 2) logement autonome
- Soutien communautaire au logement social – CSSS / Han-Droits / OMH / CDC / Municipalité – L'intervenant fait le suivi en logement (travailleur de corridor), il communique avec le pivot et participe au PSI
- Activités de jour à Stanstead – CSSS / MHE avec collaboration : Maison Stevens, CAB R.H. Rediker / Association des Townshippers – Population anglophone – Briser l'isolement, favoriser l'intégration sociale et professionnelle, soutenir les familles; les pairs travaillent avec les intervenants pivots du CSSS
- Soutien communautaire ISP Magog – Centre d'éducation aux adultes / L'Élan / CSSS / CLE – Activités facilitant la transition entre le secteur de la santé et des services sociaux et celui de l'employabilité; 6 h / semaine durant 5 semaines et 12 h / semaine durant 12 semaines

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Évaluation régionale qualitative des guichets d'accès et des soins partagés en SM dans les CSSS (Agence)
- Bases de données intégrées en CSSS
- L'Élan et Han-Droits transmettent au CSSS des données quantitatives : Nbre d'interventions groupe / individuel; Nbre de clients rejoints; notes évolutives significatives; données statistiques; reddition de comptes envers l'ASSS
- MHE : monitoring similaire; s'y ajoute l'évaluation de la satisfaction des participants

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles

- Protocole de référence et protocole de suivi pour la clientèle SIV transférée du CHUS au CSSS
- Protocole en cas de risque et urgence suicidaire : évaluation par l'accueil social du CSSS pour toute nouvelle demande ou, si la personne est connue, par un intervenant psychosocial de l'équipe SM. Si risque de dangerosité élevé pour le client : collaboration avec policiers, urgence du CSSS et celle du CHUS. Si risque suicidaire moins élevé, pour un client connu du CSSS ou du Centre l'Élan, ces derniers mettent en place avec JEVI-CPC, du soutien pour le client et son entourage afin de traverser la situation de crise – Services mobiles
- Protocoles concernant les médicaments : 1) critères de sélection pour auto-administration des médicaments; 2) bilan comparatif des médicaments avec le client et information au prochain prestataire de services (lors d'un transfert ou d'une référence à une autre équipe du CSSS)
- Fiche de continuité pour les clients hospitalisés au CHUS et transférés à l'équipe SM

Outils partagés entre organisations

- Fiche synthèse du mécanisme d'accès aux ressources résidentielles
- Même grille d'évaluation des besoins : OÉCSM-A

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Un psychiatre répondant du CHUS est assigné au CSSS de Memphrémagog (pour l'équipe SM et le GA; 35 heures / semaine; chaque jour)
- L'équipe SM a accès au psychiatre répondant – 280 demi-journées par an pour 7 CSSS – Autres psychiatres : 3,5 h / mois
- Les GMF ont accès au psychiatre répondant par téléphone – 26 demi-journées par an pour 2 GMF de la région
- Rôle du psychiatre répondant : soutient le médecin (clarification du diagnostic / traitement), soutient l'équipe SM (formation sur psychopathologies / traitements), suggère des pistes d'intervention, établit la liaison avec les médecins spécialistes du CHUS, assume la garde téléphonique
- 3 psychiatres consultants travaillent en clinique externe et s'occupent des dossiers du GA

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Échange d'information / rétroaction sur l'intervention, au besoin, entre équipes ou organisations différentes
- En ISP : soins de collaboration entre équipe SM, CÉA, l'Élan, Trav-Action (Service externe de main-d'œuvre – SEMO) (1 groupe par année depuis 2008-2009)
- Liaison étroite entre l'urgence du CHUS et les ressources de crise de la communauté – 7 jours / semaine et horaire selon les besoins des clientèles
- Collaborations interdisciplinaires entre travailleur social, psychologue, psychoéducateur, infirmière, intervenants en OC
- Service de triage et de consultation clinique du CHUS (STCC) entièrement en reconfiguration pour une pratique de soins partagés (un intervenant de l'accueil est sur place dans un GMF pour assurer une meilleure liaison avec le GA)

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Formations régionales données aux différentes organisations sur l'outil OÉCSM-A
- Formation donnée à l'équipe SIV : distinction entre SIV et SI, particularités des clientèles
- Soutien des conseillers cliniques auprès des professionnels : information sur les données probantes et les pratiques cliniques reconnues (encadrement et soutien clinique)
- Formation SIV par le Centre d'expertise, de mentorat et de préceptorat
- Formation des responsables de ressources résidentielles : technique d'accueil (CEGEP), autres formations, plan de soutien annuel, encadrement et groupes de discussion
- Tenue prévue de visioconférences de formation, notamment pour identifier les besoins de formation spécifiques et communs à la 1^{re} et à la 2^e ligne
- Formation sur les troubles de personnalité (TP) pour le CHUS

Dorval – Lachine – LaSalle

CONTEXTE

Régional

- Région universitaire, urbaine; métropole du Québec (QC); population de plus de 1 800 000 habitants
- 12 RLS dans la région montréalaise
- 24,6 % immigrants; très grande diversité culturelle – 1,8 % de la population parle une autre langue que le français et l'anglais
- 16,7 % de la population des territoires Dorval-Lachine-LaSalle (DLL) et Sud-Ouest – Verdun (SOV) a vécu au moins un épisode de trouble de santé mentale (SM) au cours des 12 derniers mois (de la détresse psychologique (38 %); un trouble de l'humeur (9,45 %); un trouble de l'anxiété (6 %); de la dépendance à l'alcool (4,1 %); de la dépendance aux drogues (3,2 %); 52 % de ces personnes ont utilisé des services de SM au moins une fois dans leur vie (2012)
- Population des territoires Dorval-Lachine-LaSalle (DLL) et Sud-Ouest – Verdun (SOV) (2012) :
 - » 9 % de la population utilise les services pour des besoins en SM
 - » Prévalence d'utilisation des services : 27 % en soins primaires exclusivement, 21 % en services spécialisés exclusivement, 52 % en soins primaires et en services spécialisés
 - » Principaux professionnels consultés : omnipraticien (63 %), psychiatre (58 %), psychologue (32 %), TS (20 %), autres (de 4 à 13 %) (éducateur, conseiller spirituel, professionnel en toxicomanie, pharmacien, infirmière, psychothérapeute)
- 23,3 % de la population des 25 ans et plus du RLS sont sans diplôme du secondaire (2006-2007)
- 23 % des familles sont sous le seuil de faible revenu (2010); un écart de plus de 7 000 \$ de revenu familial vs Montréal (2005)
- Inégalités intra régionales : revenu nettement plus élevé à Dorval qu'à Lachine et à LaSalle
- 16 % de personnes vivant seules (2010); population vivant un niveau de stress quotidien élevé (20 ans et plus) : 27 % (2005)
- 35 % de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans (plus élevé qu'à Montréal – 33 %), dont 580 ayant 3 enfants ou plus
- Taux de 1^{re} visite chez un psychiatre pour trouble schizophrénique ou psychotique (25 ans et plus) : 6,1 % vs 3,8 % à Montréal (2006)
- Taux de mortalité par suicide du RLS : 13,4 par 100 000 habitants (2004-06)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant : 210,74 \$ vs 137,15 \$ QC – 1^{er} rang sur 18 régions (2009-2010)
- Pourcentage des dépenses régionales du programme SM consacrées aux organismes communautaires (OC) : 6,98 vs 8,82 QC (2009-2010)
- Taux régional de rétention de la clientèle pour hospitalisations en santé mentale : 97,95 (2009-2010)
- Taux régional de psychologues par 10 000 habitants : 15,23 vs 10,78 (QC) – 2^e rang au QC (2010-2011)

Réseau local de services sociosanitaires

- Territoire et population du RLS : environ 135 000 habitants (2006) – 60 % de la population est concentrée à LaSalle
- Population du RLS plus âgée qu'ailleurs sur l'île de Montréal (2006)

Local

- Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de DLL regroupe 7 installations, soit : le Centre local de services communautaires (CLSC) de LaSalle, le CLSC de Dorval-Lachine, le Centre d'hébergement de Dorval, le Centre d'hébergement de Lachine, le Centre d'hébergement de LaSalle, le Centre d'hébergement Nazaire-Piché et l'Hôpital de LaSalle

Ressources en 1^{re} ligne

- CLSC de Dorval-Lachine
- CLSC de LaSalle
- 1 ressource non institutionnelle (RNI) pour personnes âgées ayant un trouble de SM – Les Pavillons LaSalle
- Environ 10 cliniques médicales dans le RLS, dont le groupe de médecins de famille (GMF) de Dorval (un seul GMF; 2 sites)

- Environ 90 omnipraticiens sur le territoire
- Environ 20 organismes communautaires (OC) en SM
- 25 pharmacies

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier psychiatrique régional (Institut universitaire en santé mentale Douglas)
- 2 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : Hôpital de LaSalle et CH de Lachine
- 4 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Centre de réadaptation en dépendance Dollard-Cormier (CRD) – régional

OFFRE DE SERVICES DU RLS

Contexte organisationnel

- Accueil psychosocial – Depuis 2011 : un accueil psychosocial dans chacun des CLSC, du lundi au vendredi de 8h à 20h et en fin de semaine de 8h à 16h; 6 professionnels équivalent temps complet (ETC)
- Les services psychosociaux généraux et les services spécifiques en santé mentale adulte (SMA) sont unifiés

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

Les services de l'équipe SMA sont des services spécifiques de 1^{re} ligne, mission CLSC. Conditions d'accès : a) être référé par un professionnel du réseau : médecin, intervenant en clinique médicale, en centre de crise, en OC, à l'accueil psychosocial (CLSC), en centre d'hébergement ou autre installation du CSSS; b) la référence doit avoir été faite par le guichet

Équipe de SMA (depuis 2009) – 1 équipe au CLSC de Dorval-Lachine et 1 au CLSC de LaSalle

- **Nombre de professionnels** – 36,3 ETC requis mais 30,16 acquis (83 % de la cible) (dont 6,3 postes ETC à combler); en 2011, l'équipe était complétée à 68,04 %¹; planifié pour 2012-13 : ajout / transfert en 1^{re} ligne de 3,6 ETC intervenants des ressources résidentielles du Douglas (praticien-client). Psychologues : 7,6 ETC (5 à Dorval-Lachine et 2 à LaSalle); travailleurs sociaux : 8,5 ETC (5 à Dorval-Lachine et 3 à LaSalle)
 - » 3,6 ETC n'ont pas de charge de cas (ils sont au GA); 1 coordonnateur professionnel ETC pour les 2 CLSC; 1 journée / semaine, une infirmière de liaison travaille en cabinet de médecin
 - » Une coordonnatrice agit comme personne ressource pour l'utilisation de bonnes pratiques et le repérage des besoins de formation

¹ En 2011 : transfert de 10,6 professionnels ETC provenant du Douglas

- **Suivi thérapeutique pour trouble modéré et / ou grave**

- » Trouble bipolaire, psychotique (schizophrénie et autres), anxieux ou dépressif chronique et problèmes d'intégration sociale. Suivi de moyen à long terme – Professionnels : psychologue, travailleur social, agent de relations humaines, psychoéducateur, infirmière, nutritionniste, psychiatre répondant
- » Suivi individuel et familial, en collaboration avec omnipraticien et autres partenaires; intervention de groupe
- » Modèle de gestion de cas axé sur les forces; l'usager est partenaire de l'intervention. Objectifs : maintenir et améliorer la stabilité et le fonctionnement global, susciter l'espoir et le bien-être, se réapproprier du pouvoir dans différents domaines de vie; plan d'intervention avec vision systémique : optimiser les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les relations avec le réseau de soutien, être accompagné dans ses projets, se responsabiliser vs la médication

- **Suivi thérapeutique pour trouble transitoire en SM**

- » Troubles anxieux, dépressifs, deuil pathologique² – Suivi moyen terme (15 à 20 rencontres) par un psychologue, travailleur social, psychoéducateur, infirmière, autre professionnel de formation ou expérience pertinente
- » Suivi individuel, familial au besoin, possibilité de participer à de l'intervention de groupe et à un groupe psychoéducatif
- » Rétablir et optimiser le fonctionnement global de la personne, permettre une compréhension des difficultés vécues, réduire la sévérité et l'intensité des symptômes. Approche cognitivo-comportementale, thérapie brève, approche psychodynamique, humaniste, systémique

- **En développement : Programme de 1^{re} ligne pour troubles relationnels, spécifique à la 1^{re} ligne SM en CLSC**

- » Collaboration avec l'Institut Douglas – développement en complémentarité et en continuité avec le programme de 2^e ligne;
- » Aussi à l'étude : offre de services pour troubles alimentaires

- **Suivi d'usagers en ressources résidentielles**
1 RNI (20 lits) pour personnes âgées avec trouble SM et transfert de 110 usagers, de la 2^e vers la 1^{re} ligne

- **Groupes d'intervention thérapeutique et / ou psychoéducatifs pour personnes en liste d'attente ou suivies:** *Corps et esprit* (reprendre contact avec son corps), *Repère* (pour clientèle psychotique), Troubles de l'adaptation (TA) et dépression, Troubles relationnels (16 semaines), Thérapie brève orientée vers des solutions

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Centre de crise / suicide L'Autre Maison – Adultes en situation de crise et de détresse; intervention téléphonique 24 / 7; services mobiles, hébergement en situation de crise (de 1 à 14 jours)
- 1 OC en prévention de la violence
- Services de psychologie à coût modique
- Une dizaine de services d'écoute (incluant jeunes et parents)
- Mesures de soutien aux proches aidants
- Dépannage alimentaire, vestiaire et hébergement
- Organismes communautaires d'hébergement en SM
- OC en intégration au travail

C) SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES (CHPSY)

Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) : l'implantation complète du Plan d'action en SM (PASM) prévoit que seulement 30 % des usagers recevront des services spécialisés de l'IUSMD; les autres devant les recevoir en 1^{re} ligne. Le personnel médical compte 49 psychiatres et 10 médecins d'autres spécialités. Les services d'un gestionnaire conseil à l'accès et à la continuité favorise les liens avec les différents partenaires du réseau.

- Accès à la 2^e ligne sur référence du guichet de 1^{re} ligne, incluant la référence médicale, ou par l'urgence

² Sauf si suivi en 2^e, 3^e ligne ou cabinet privé

- **Urgence de niveau tertiaire³** – Principalement pour les territoires SOV et DLL, le territoire Cri et le Nunavik ainsi que la grande région de Montréal – 24h / jour; triage, évaluation et orientation
 - » Travail multidisciplinaire par omnipraticien, infirmière de liaison, travailleur social, pharmacien et différents consultants pour les tests. Présence sur place 5 jours / semaine de l'association Ami-Québec (info et soutien des familles)
 - » Environ 30 % de patients admis, 35 % de patients référés au CLSC, à un programme de désintoxication ou dans un organisme du milieu et 35 % ne sont ni admis ni référés (déjà suivis, pas besoin d'autres services, etc.)
 - » Sensation d'un débordement chez les acteurs de l'IUSMD. Travaux sur l'actualisation de la programmation des services d'urgence – En cours
- **Unité d'intervention brève (UIB)⁴** – 13 patients maximum et séjour d'au plus 96 heures pour des situations de crise et d'urgence : évaluation des précipitants de la crise et désamorçage; partage de personnel avec l'urgence. Bilan comparatif des médicaments, grille de suicidalité, plan thérapeutique infirmier

Programmes et services pour les 18-65 ans

- **Module d'évaluation-liaison (MEL)** : s'occupe d'identifier les besoins de clarification du diagnostic ou du traitement, d'accès à des services spécialisés et surspécialisés de même que les besoins d'évaluation psychiatrique visant à déterminer le niveau de service approprié
 - » 1 infirmière de liaison; entretien téléphonique avec patient et partenaires, vérification de l'éligibilité au service (selon le volume de patients, accès rapide ou non); parfois l'intervenant intègre de l'intervention brève au processus (de l'information par exemple)
 - » Pas d'outil standardisé pour la priorisation des évaluations. Objectif : évaluation professionnelle en 1 semaine et évaluation psychiatrique entre 4 à 6 semaines
 - » Rencontre d'équipe pour cas complexes : diminution importante du volume d'activités depuis la mise en place des équipes SMA 1^{re} ligne dans les CSSS du SOV et de DLL
- **Module d'intervention rapide (MIR)** : chapeauté par le MEL. Traitement psychiatrique ou à court-terme par un autre professionnel. Situations de crise psychiatrique pouvant être résolues rapidement. Inclusion : a) éléments stressseurs sévères ou multiples; b) être capable d'être suivi en externe malgré la crise; c) personnes reçues à l'urgence et ayant besoin d'un court suivi pharmacothérapeutique (patients orphelins); d) personnes qui ont besoin d'un suivi rapide et de précisions sur le diagnostic et / ou le traitement. Provenance : urgence du Douglas, unité d'intervention brève (UIB) ou MEL
 - » Environ 6 séances de psychothérapie individuelle avec infirmière clinicienne ou suivi de courte durée par le psychiatre du service (parfois plus long si patient orphelin). Au besoin, un membre de la famille prend part au traitement. Les relations avec les partenaires sont coordonnées par l'infirmière de liaison du MIR et des membres d'OC. Les patients sont orientés vers les centres de crise (ex. L'Autre maison) ou d'autres ressources communautaires
- **Soins intensifs** : unité de soins court-terme pour les patients qui présentent de façon aiguë un risque imminent pour eux ou pour les autres (personnes en désorganisation). Unité fermée de 8 lits, séjour de 2 semaines maximum, sauf exceptions. Interventions : évaluation et réduction du risque⁵ (6,9 % des patients du Douglas en 2008-09)
- **Hôpital de jour Crossroads** : traitement multidisciplinaire intensif pour prévenir l'hospitalisation ou faciliter la transition de l'hôpital vers la communauté. Amélioration des capacités d'adaptation et de l'aptitude à résoudre des problèmes, à mieux gérer les crises. Maximum de 8 semaines, 6h / jour, maximum de 16 personnes à la fois, environ 100 personnes / an.
 - » Participation à temps plein les 6 premières semaines; les patients sont encouragés à prendre des congés pendant les 2 dernières (pour intégrer graduellement la communauté)
 - » Mi-programme : le thérapeute principal planifie l'orientation de la personne vers la 1^{re} ligne, la 2^e ou la 3^e ligne. Si elle n'a pas de médecin de famille, elle est alors référée au CLSC ou, si nécessaire, à la clinique des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI), pour assurer la continuité des services

³ Les services d'urgence sont ouverts aux 13-65 ans

⁴ Peut éviter l'hospitalisation

⁵ La seule unité de soins du Douglas où il y a parfois utilisation de mesures ultimes d'encadrement (ex. contention)

- » Thérapie de groupe : environnement solidaire, travail sur les aptitudes sociales et d'adaptation ainsi que suivi individuel par le thérapeute principal. Activités de groupe : marche, nutrition, cuisine, sports, expression par les arts; la clientèle est bilingue
- » Provenance : UIB, soins intensifs et clinique THAI (patients référés pour éviter l'hospitalisation) et usagers référés par le CLSC
- **Cliniques externes spécialisées**
 - » troubles psychotiques, alimentaires, de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI) psychiatrique, gérontopsychiatrie, PEPP Montreal
- **Programme de réadaptation psychosociale**
Spectrum : insertion socioprofessionnelle et groupes thérapeutiques; soutien par 0,8 pair aidant ETC

- **Programme d'hébergement régional spécialisé** : encadrement intensif (553 places); encadrement léger et modéré (1644 places); logement avec soutien (770 places)
- **Suivi intensif (SI)** –programme ACT (*Assertive Community Treatment*)

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- CRD Dollard-Cormier
- Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) – Violence conjugale (protocole)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

Guichet d'accès (GA) unique depuis 2008-2009. Implantation progressive en décembre 2008. Seules les demandes de services de l'accueil psychosocial du CLSC de Dorval-Lachine étaient traitées auparavant. En mai 2009, le déploiement du guichet était complété; toutes les demandes de services étaient désormais traitées, peu importe leur provenance (usager, référence interne ou externe). Fonction du guichet : déterminer le niveau de service requis et la ressource la plus appropriée pour répondre au besoin. Environ 1300 demandes par an (En 2010-2011 : 1 100 demandes ont été faites au guichet). Le personnel utilise l'entretien motivationnel. L'expertise en dépendance se développe.

Fonctionnement du guichet

3,6 professionnels ETC dont 1 travailleur social assument la fonction d'agent de liaison et font partie de l'équipe SMA⁶. Les agents de liaison sont les entités principales dans l'organisation du GA et ont un pouvoir de décision sur l'orientation et la priorisation des demandes. Leur rôle :

- Répondre aux demandes d'information des référents et à leurs questions, notamment sur les troubles de SM, les différents services en SM et le fonctionnement du guichet

- Recevoir les demandes de services provenant des diverses sources de référence (internes, externes, l'utilisateur lui-même)
- Analyser les demandes de services
- Assurer la liaison avec les psychiatres consultants pour les demandes de consultation psychiatrique des omnipraticiens du territoire; la demande est envoyée au MEL (évaluation professionnelle jointe)
- Favoriser la collaboration entre le CSSS et ses partenaires : omnipraticiens, OC, 2^e ligne

Les agents de liaison du guichet

- Dès leur réception, les demandes sont triées par les agents de liaison : recueil des informations pertinentes auprès du référent et / ou de l'utilisateur, ou évaluation
 - » L'agent de liaison rencontre l'utilisateur ou fait l'évaluation par téléphone
 - » Selon le cas, il achemine la demande à un professionnel de l'équipe SM pour qu'il complète l'évaluation
 - » Les demandes sont acheminées vers le ou les services pertinents. L'agent peut suggérer le traitement ou l'amorcer si requis. Il s'assure de la continuité des services

⁶ Tous les intervenants de l'équipe SMA peuvent être appelés à assumer ces fonctions (2012)

- Rencontre des agents de liaison : 1 fois par semaine. Ils règlent plusieurs situations qui ne requièrent pas de comité (2012); les agents de liaison prennent seuls la décision, sinon entre eux; lorsque le cas est trop complexe, il sera soumis au coordonnateur professionnel du CSSS. Ce dernier participe aux rencontres. Il s'assure que l'orientation de la demande de l'accueil psychosocial est adéquate avant son traitement par le GA. L'agent de liaison de l'équipe gérontopsychiatrie du Douglas et les psychiatres répondants peuvent aussi être consultés ou invités à la rencontre hebdomadaire
- Les agents de liaison font le lien avec l'utilisateur et / ou les référents : accueil psychosocial, 2^e ligne, autre programme de 1^{re} ligne, OC, médecin, autres référents
 - » Réponse au référent dans les 7 jours de réception de la demande
 - » Information au référent ou à l'utilisateur sur l'orientation de la demande
- Les agents présentent les demandes lors du comité du guichet, dans les cas où cela s'avère indiqué

Le comité du guichet

- Réunion 1 fois / mois pour les cas complexes nécessitant une concertation et lorsque les agents de liaison n'ont pu arriver à une décision finale sur l'orientation de la demande
- Membres du comité : représentant du MEL de l'Institut Douglas; coordonnatrice professionnelle de l'équipe SM des CLSC de Dorval-Lachine et de LaSalle; médecin omnipraticien de l'équipe SM du CLSC de Dorval-Lachine; intervenante du Projet suivi communautaire ((PSC) (1 fois / mois, agit comme personne ressource); coordonnatrice de l'Autre Maison (1 fois aux deux semaines); coordonnatrice ou chef du programme SM
- Transmission de la décision du guichet au référent et / ou à l'utilisateur, le cas échéant. La réponse au référent se fait idéalement dans un délai de 7 jours suivant la réception de la demande au guichet

Le guichet oriente la demande

- Vers l'équipe SM 1^{re} ligne du CSSS ou l'équipe des services psychosociaux généraux du CSSS ou l'équipe de 2^e ligne SM ou vers un autre programme du CSSS, une ressource du territoire ou le psychiatre répondant
- Critères d'orientation et de priorisation : nature de la problématique et degré d'intensité des symptômes; niveau de fonctionnement; facteurs environnementaux et problèmes psychosociaux associés; ressources individuelles (ex. forces et limites personnelles, réseau social) et professionnelles (autres services utilisés); présence d'idées ou gestes suicidaires ou de violence

Outils de fonctionnement

- Référence au GA envoyée par fax
- Formulaire de référence spécifique au GA pour clientèle vulnérable orpheline (inclut SM et dépendance)
- Formulaire de référence au guichet pour les intervenants sur le site Web du CSSS
- Formulaire de référence au guichet pour l'omnipraticien sur le site Web du CSSS
- Consentement de l'utilisateur inclus dans la demande de référence au guichet
- Formulaire de référence au GA pour demandes provenant des autres programmes du CSSS (planifié pour 2012)

Attente

- Délai moyen d'accès à l'AÉO pour traitement en SM (ambulatoire 18 ans et plus) suite à l'inscription au guichet : RLS 7,0 j; Régional 4,1 j et QC 5,2 j (2010-2011)
- Délai moyen d'accès à l'AEO pour SIV suite à l'inscription au guichet : Régional 11,7 j et QC 2,9 j (2010-2011)
- Proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours : identique à celle du QC (0,04 %) (2009-2010)

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Concertation santé services sociaux

- Table de coordination en santé mentale

Comité des partenaires pour l'intégration des services en santé mentale. Comité directeur sous la responsabilité du Douglas. Mandat : harmonisation de la continuité des services entre 1^{re}, 2^e et 3^e lignes; réunions environ 4 ou 5 fois / an – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles (CCPSC), Projet Suivi Communautaire (PSC), centre de crise L'Autre maison et Agence

Sous-comités dont le mandat est de favoriser la fluidité et la continuité des soins et des services

- Comité passerelle du programme des troubles psychotiques – Responsable : chef de programme du Douglas – Membres : psychiatre responsable du programme, les 2 CSSS, CCPSC, PSC; 4 rencontres / an
- Comité passerelle du programme THAI – Responsable : chef de programme du Douglas – Membres : 2 psychiatres de ce programme, CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC, PSC
- Comité passerelle du programme de gérontopsychiatrie – Responsable : chef clinico-administratif du programme du Douglas – Membres : psychiatre du programme, CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité de prévention des conduites suicidaires – Responsable : directrice du centre de crise L'Autre Maison – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité de transfert des connaissances et de formation – Responsable : conseillère cadre à la direction des activités cliniques et du transfert des connaissances du Douglas (DACTE) – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité SIV – Responsable : directeur du Projet Suivi Communautaire (PSC) – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC et Agence
- Comité urgence – Responsable : codirection de la DACTE – Membres : président du Conseil des médecins et dentistes du Douglas, gestionnaire conseil à l'accès et à la continuité des services, CSSS-SOV et CSSS-DLL

Entre autres objets de concertation

- Références en provenance des cliniques spécialisées du Douglas : 50 références prévues en 2011
- Modes de référence pour troubles psychotiques (planifié 2012)
- Arrimage avec le MEL

Concertation intersectorielle

- *Absent de la documentation disponible*

Entente de services SMA

- Entente de services pour la collaboration avec le psychiatre répondant

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Politique du CSSS sur l'appartenance aux ordres professionnels (sauf pour médecin du CLSC)
- Politique d'appréciation de la contribution du personnel pour assurer sa concordance avec les principes de gestion, les valeurs, les priorités, les objectifs et les besoins de la clientèle ainsi que sondage auprès du personnel pour mesurer son niveau de mobilisation
- Sondage de 10 % de la clientèle de chaque intervenant et fiches d'évaluation post-services, en élaboration
- Suivi de la liste d'attente : gestion de l'accès pour les usagers avec priorité de niveau 3; information sur la sécurité de l'utilisateur et son besoin actuel de services (planifié en 2012)
- Adoption de l'approche LEAN⁷
- Monitoring par le coordonnateur professionnel du CSSS : priorisation des demandes et suivi de la liste d'attente, continuité des services (travail avec accueil, services généraux et équipe SMA), gestion des charges de cas, développement de mécanismes d'accès au traitement dans les 30 jours pour les personnes en attente

⁷ Approche en amélioration de la qualité des services et de la performance des organisations (Approche Toyota)

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et plan de services individualisé (PSI)

- Protocole de cheminement de la demande établi entre les programmes-services du CSSS
- Protocole lorsque le client annule ou ne se présente pas à son rendez-vous
- Protocole pour joindre les familles lors de la détérioration de l'état d'un patient hospitalisé
- Protocoles de référence
 - » Protocole de référence au GA; du gestionnaire du soutien à domicile (SAD) vers le gestionnaire SMA
 - » Protocole de référence au guichet pour tous types de référents – abrégé sur 1 page pour les médecins
- Guide d'auto-soins pour personnes dépressives
- PSI en développement
- Travail en interdisciplinarité (accroissement)

Outils partagés entre services et / ou organisations

- Outil de gestion des rendez-vous pour consultation / rencontres avec le psychiatre répondant – Logiciel commun disponible pour les partenaires : MEL, centres d'hébergement (accueil centralisé; passe par l'agente administrative)
- Outils intra CSSS : partagés entre programme SAD et programme SMA; évaluation professionnelle récente de l'utilisateur, identification de ses incapacités dont les AVQ et activités de la vie domestique (AVD), ainsi que de ses ressources; plan d'intervention interdisciplinaire, outil d'évaluation multiclientèle, etc.
- Intra CSSS : formulaire de consentement au suivi individuel ou de groupe au sein du programme SMA
- Externe et intra CSSS : 1 formulaire de référence commun pour les autres programmes du CSSS et 1 pour externe au CLSC : omnipraticiens, OC, CH ou CHPSY qui achemine une demande à l'accueil centralisé (évaluation professionnelle ou psychiatrique et tout autre document pertinent sont joints)
- Dépliant sur les services de SM, l'accueil psychosocial et quoi faire en cas d'urgence

- Feuillelet d'information pour chacun des psychiatres répondants : leurs services, leurs disponibilités, leur rôle
- Précision du rôle des psychiatres répondants auprès des médecins cf ajustement de médication et aggravation symptomatique
- Demandes de services inter établissements : transmission électronique par le Douglas du dossier d'un patient, lors d'une référence

Soins partagés – Psychiatre répondant

- 2 psychiatres répondants – 3 demi-journées pour un total de 10,5 heures (réunion avec 3 sous équipes interdisciplinaires soit : 1,75h dans chaque CLSC; Co-intervention / concertation interdisciplinaire avec l'équipe et les partenaires internes / externes (2h en 8 blocs de 15 min); consultations avec le personnel du guichet, formation auprès des équipes (1,5h); consultations téléphoniques pour les médecins omnipraticiens et liaison avec les urgences des hôpitaux de LaSalle et de Lachine ainsi que les OC (3,5h en 14 blocs de 15min)
- Les réunions ou consultations avec le psychiatre répondant font l'objet d'une planification / préparation serrée; des outils (formulaires concis) permettent l'efficacité de ces rencontres, notamment avec l'équipe SMA
 - » Information donnée aux agentes administratives cf dossiers discutés
 - » Le formulaire « rencontre interdisciplinaire » est rédigé pendant la réunion par le gestionnaire de cas
 - » Le psychiatre répondant donne de courtes formations sur des thèmes précis
 - » Pour co-interventions / concertation interdisciplinaires avec professionnels de l'équipe et partenaires internes et externes : les intervenants donnent au coordonnateur professionnel leurs besoins de discussion clinique, leurs intérêts cliniques et besoins de mise à jour des connaissances
 - » Pour la consultation avec le personnel du GA : discussions de cas pour évaluer la pertinence des consultations psychiatriques demandées, recommandations du psychiatre répondant et *coaching* offert à l'omnipraticien, si pertinent

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Système de prévention clinique par la rencontre des médecins dans leur milieu de pratique; les psychiatres répondants vont voir le médecin et son client
- Programmes / intervenants conjoints à l'intérieur du CSSS; co-intervention : 2 personnes
- Collaboration en situation de crise : urgences, personnel du GA, centre de crise-suicide, coordonnateur professionnel du CSSS, coordonnateur et chef de programme SM et psychiatre répondant
- Suivi étroit et systématique post tentative de suicide – Centre de crise-suicide, collaboration CSSS
- Soins de collaboration du CSSS : a) entre disciplines; b) entre équipes (SMA, services psychosociaux généraux / autres services; c) avec omnipraticiens de la communauté (GMF); d) avec OC
- Co-intervention entre gestionnaires de cas SAD et gestionnaire de cas SMA pour demande de services en SM et processus de référence conjoint entre SAD, SMA et services psychosociaux généraux
- Ateliers pour gestionnaire, sur le suicide
- PPAMB-service consultant

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Ententes du CSSS avec 2 maisons d'enseignement
 - » Formation des infirmières auxiliaires pour l'obtention du diplôme en sciences infirmières
 - » Formation de préposés
- Transfert des connaissances au personnel CSSS par les coordonnateurs professionnels des équipes et identification des besoins de formation – La coordonnatrice du programme SMA est responsable de planifier les formations
- Plan de développement des ressources humaines (PDRH) pour tout le personnel CSSS
- Formation par les psychiatres répondants auprès de l'équipe SM

Sud-Ouest-Verdun

CONTEXTE

Régional

- Montréal, région universitaire, urbaine, métropole du Québec (QC) compte plus de 1 800 000 habitants
- 12 RLS dans la région montréalaise
- 24,6 % immigrants; très grande diversité culturelle – 1,8 % de la population parlent une autre langue que le français et l'anglais
- 16,7 % de la population des territoires Dorval-Lachine-LaSalle (DLL) et Sud-Ouest – Verdun (SOV) a vécu au moins un épisode de trouble de santé mentale (SM) au cours des 12 derniers mois (de la détresse psychologique (38 %); un trouble de l'humeur (9,45 %); un trouble de l'anxiété (6 %); de la dépendance à l'alcool (4,1 %); de la dépendance aux drogues (3,2 %); 52 % de ces personnes ont utilisé des services de SM au moins une fois dans leur vie (2012)
- Population des territoires Dorval-Lachine-LaSalle (DLL) et Sud-Ouest – Verdun (SOV) (2012) :
 - » 9 % de la population utilise les services pour des besoins en SM
 - » Prévalence d'utilisation des services : 27 % en soins primaires exclusivement, 21 % en services spécialisés exclusivement, 52 % en soins primaires et en services spécialisés
 - » Principaux professionnels consultés : omnipraticien (63 %), psychiatre (58 %), psychologue (32 %), TS (20 %), autres (de 4 à 13 %) (éducateur, conseiller spirituel, professionnel en toxicomanie, pharmacien, infirmière, psychothérapeute)

Réseau local de services sociosanitaires

- Le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun (CSSS-SOV) est affilié à l'Organisation mondiale de la santé et a une mission d'enseignement en médecine familiale, en sciences de la santé et en sciences sociales. Il est engagé en recherche, notamment en santé des populations
- La population du RLS compte environ 139 655 habitants (2006). La répartition par territoire de Centre local de services communautaires (CLSC) est de 47 % à Verdun, 22 % à Ville-Émard-Côte-Saint-Paul, 21 % à Saint-Henri et 10 % à Pointe-Saint-Charles
- La proportion d'immigrants du RLS est de 21,7 %. Son accroissement est plus élevé à Pointe-Saint-Charles (+ 51,1 %) et à Verdun (+ 47,1 %) (2006)
- 60 % de la population du RLS est francophone et 20,7 % est allophone. Depuis 2001, une croissance de 29 % d'allophones est observée
- 24,5 % de la population des 15 ans et plus du RLS est sans diplôme d'études secondaires vs 21,5 % à Montréal; 42,7 % des élèves du RLS sortent du secondaire sans diplôme / qualification et ne sont pas inscrits en formation pour l'année suivante (2006-2007)
- 21,5 % des familles du RLS ont un faible revenu (4,9 % pour Montréal et 13 % pour le QC) (2005)
- 42,2 % des familles sont monoparentales vs 33 % à Montréal (2006)
- Le taux de mortalité par suicide du RLS est de 16 pour 100 000 habitants (2005)
- Environ 3 000 personnes sans médecin de famille, soit environ 2 % de la population du RLS. Ceci est avantageux comparativement à Montréal et au QC

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Les dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant s'élèvent à 210,74 \$ vs 137,15 \$ pour le QC. Montréal se classe au 1^{er} rang sur 18 régions (2009-2010)
- Le % des dépenses du programme SM consacré aux organismes communautaires (OC) est de 6,98 vs 8,82 pour le QC (2009-2010)
- Le taux régional de rétention de la clientèle pour hospitalisations en SM est élevé, soit 97,95 % (2009-2010)
- Le taux de psychologues à Montréal par 10 000 habitants est supérieur à celui du QC (15,23 vs 10,78). 2^e rang au QC (2010-2011)
- Ligne Info-santé

Ressources en 1^{re} ligne

- CLSC de Saint-Henri (8h à 20h)
- CLSC de Verdun (8h à 20h)
- CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul (8h à 17h)

- Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles (CCPSC) avec mandat CLSC (8h à 20h)
- 3 groupes de médecins de famille (GMF) et 3 cliniques réseau
- Environ 150 omnipraticiens
- Une dizaine d'OC en SM
- 25 pharmacies

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), soit l'Hôpital de Verdun avec une Unité de médecine familiale (UMF), sans département de psychiatrie et affilié à l'Université de Montréal
- 1 centre hospitalier psychiatrique (Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD))
- Centre de réadaptation en dépendance Dollard-Cormier (régional). Déploiement d'une équipe de liaison spécialisée à l'Hôpital de Verdun pour la détection de problèmes de dépendance auprès de la clientèle francophone et orientation vers les services spécialisés
- 7 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 3 centres de jour pour personnes âgées

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- **1 500 adultes desservis (2011-2012).** Depuis 2005, augmentation de 70 % du nombre d'usagers adultes ayant eu une évaluation et un traitement au CSSS

Une équipe SMA (depuis 2011)

- 22,3 professionnels en équivalent temps complet (ETC) (60 % des effectifs ETC prévus)
- Augmentation des ressources en 1^{re} ligne : 11,2 ETC provenant du Douglas. L'équipe est à compléter d'ici 2015
- Entre autres professionnels : 8 psychologues, 11 travailleurs sociaux, 5 infirmières, organisatrice communautaire (2 jrs / semaine); pas d'omnipraticien

Services de l'équipe

- Évaluation psychosociale
- Suivi individuel
- Suivi conjugal ou familial, afin de soutenir les proches
- Ateliers de groupe : gestion du stress / anxiété, difficultés relationnelles, dépression et rétablissement. Durée entre 10 et 15 semaines
- Organisation communautaire : support à tout OC ou groupe de citoyens
- Services conseils aux partenaires du RLS, supervision clinique et formation au besoin
- Programme de prévention du suicide, développé par l'équipe SMA et implanté en 2012-2013

- Sous-équipe davantage dédiée aux troubles concomitants, dont dépendance¹
- Traitement des demandes du guichet d'accès (GA)
- Intervenants de l'équipe présents à l'urgence de l'Hôpital de Verdun, en collaboration avec le centre de crise (infirmière ½ journée par semaine)

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

Centre de crise L'Autre maison

- Adultes en situation de crise et de détresse, intervention téléphonique 24 / 7; services mobiles, hébergement en situation de crise de 1 à 14 jours

Projet suivi communautaire (PSC)

- Soutien d'intensité variable (SIV) et intervention de réadaptation (réinsertion sociale) en logement autonome; collaboration avec l'IUSMD

Centrami

- Écoute, entraide, support, information et activités de groupe

Projet P.A.L.

- Centre communautaire–Apprentissage de la cuisine, partage de repas, logement social, intégration sociale et suivi; gestion d'une maison de transition, d'appartements supervisés et d'un organisme à but non lucratif de 6 logements; information et défense de droits, aide individuelle et action collective

Parents et amis du bien-être mental du Sud-Ouest de Montréal (PABEMSOM)

- Services à l'entourage de personnes ayant un trouble de SM–ateliers éducatifs et de prévention, groupe d'entraide pour grands-parents entre autres, formation et ateliers de discussion sur les troubles de personnalité et activités sociales

Action – Santé de Pointe-Saint-Charles

- Information, discussions, repas communautaires, loisirs et ateliers. Les objectifs sont de briser l'isolement, développer l'autonomie, s'ouvrir aux problèmes du quartier, changer l'attitude de la communauté envers les troubles de SM et protéger les droits des personnes

Impact

- Appartements supervisés

Centre d'écoute et de référence Halte-Ami :

- Intégration de nouveaux immigrants par jumelage linguistique, ateliers sur la prévention du suicide, la gestion de crise, la résolution de conflits, etc.

Corporation Maison Lucien-L'Allier

- Accompagnement, aide au budget, logement, entretien ménager, réinsertion, consultation avec travailleur social, services psychosociaux d'urgence, soutien à domicile

Habitations OASIS de Pointe-Saint-Charles

- Information, logement, orientation-référence, prévention et promotion de la SM, sensibilisation, soutien et suivi dans la communauté

C) SERVICES SPÉCIALISÉS EN CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES (CHPSY)

Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) : l'implantation complète du Plan d'action en SM (PASM) prévoit que seulement 30 % des usagers recevront des services spécialisés de l'IUSMD; les autres devant les recevoir en 1^{re} ligne. Le personnel médical compte 49 psychiatres et 10 médecins d'autres spécialités. Les services d'un gestionnaire conseil à l'accès et à la continuité favorise les liens avec les différents partenaires du réseau.

- Accès à la 2^e ligne sur référence du guichet de 1^{re} ligne, incluant la référence médicale, ou par l'urgence
- **Urgence de niveau tertiaire**³–Principalement pour les territoires SOV et DLL, le territoire Cri et le Nunavik ainsi que la grande région de Montréal–24h / jour; triage, évaluation et orientation
 - » Travail multidisciplinaire par omnipraticien, infirmière de liaison, travailleur social, pharmacien et différents consultants pour les tests. Présence sur place 5 jours / semaine de l'association Ami-Québec (info et soutien des familles)

¹ Le CSSS a aussi un programme de réduction des méfaits : service d'échange et de récupération de seringues usagées pour utilisateurs de drogues injectables (UDI)

² Les services d'urgence sont ouverts aux 13-65 ans

- » Environ 30 % de patients admis, 35 % de patients référés au CLSC, à un programme de désintoxication ou dans un organisme du milieu et 35 % ne sont ni admis ni référés (déjà suivis, pas besoin d'autres services, etc.)
- » Sensation d'un débordement chez les acteurs de l'IUSMD. Travaux sur l'actualisation de la programmation des services d'urgence – En cours

- **Unité d'intervention brève (UIB)⁴** – 13 patients maximum et séjour d'au plus 96 heures pour des situations de crise et d'urgence : évaluation des précipitants de la crise et désamorçage; partage de personnel avec l'urgence. Bilan comparatif des médicaments, grille de suicidalité, plan thérapeutique infirmier

Programmes et services pour les 18-65 ans

- **Module d'évaluation-liaison (MEL)** : s'occupe d'identifier les besoins de clarification du diagnostic ou du traitement, d'accès à des services spécialisés et surspécialisés de même que les besoins d'évaluation psychiatrique visant à déterminer le niveau de service approprié
 - » 1 infirmière de liaison; entretien téléphonique avec patient et partenaires, vérification de l'éligibilité au service (selon le volume de patients, accès rapide ou non); parfois l'intervenant intègre de l'intervention brève au processus (de l'information par exemple)
 - » Pas d'outil standardisé pour la priorisation des évaluations. Objectif : évaluation professionnelle en 1 semaine et évaluation psychiatrique entre 4 à 6 semaines
 - » Rencontre d'équipe pour cas complexes : diminution importante du volume d'activités depuis la mise en place des équipes SMA 1^{re} ligne dans les CSSS du SOV et de DLL
- **Module d'intervention rapide (MIR)** : chapeauté par le MEL. Traitement psychiatrique ou à court-terme par un autre professionnel. Situations de crise psychiatrique pouvant être résolues rapidement. Inclusion : a) éléments stressseurs sévères ou multiples; b) être capable d'être suivi en externe malgré la crise; c) personnes reçues à l'urgence et ayant besoin d'un court suivi pharmacothérapeutique (patients orphelins); d) personnes qui ont besoin d'un suivi rapide

et de précisions sur le diagnostic et / ou le traitement. Provenance : urgence du Douglas, unité d'intervention brève (UIB) ou MEL

- » Environ 6 séances de psychothérapie individuelle avec infirmière clinicienne ou suivi de courte durée par le psychiatre du service (parfois plus long si patient orphelin). Au besoin, un membre de la famille prend part au traitement. Les relations avec les partenaires sont coordonnées par l'infirmière de liaison du MIR et des membres d'OC. Les patients sont orientés vers les centres de crise (ex. L'Autre maison) ou d'autres ressources communautaires
- **Soins intensifs** : unité de soins court-terme pour les patients qui présentent de façon aiguë un risque imminent pour eux ou pour les autres (personnes en désorganisation). Unité fermée de 8 lits, séjour de 2 semaines maximum, sauf exceptions. Interventions : évaluation et réduction du risque⁵ (6,9 % des patients du Douglas en 2008-09)
- **Hôpital de jour Crossroads** : traitement multidisciplinaire intensif pour prévenir l'hospitalisation ou faciliter la transition de l'hôpital vers la communauté. Amélioration des capacités d'adaptation et de l'aptitude à résoudre des problèmes, à mieux gérer les crises. Maximum de 8 semaines, 6h / jour, maximum de 16 personnes à la fois, environ 100 personnes / an.
 - » Participation à temps plein les 6 premières semaines; les patients sont encouragés à prendre des congés pendant les 2 dernières (pour intégrer graduellement la communauté)
 - » Mi-programme : le thérapeute principal planifie l'orientation de la personne vers la 1^{re} ligne, la 2^e ou la 3^e ligne. Si elle n'a pas de médecin de famille, elle est alors référée au CLSC ou, si nécessaire, à la clinique des troubles de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI), pour assurer la continuité des services
 - » Thérapie de groupe : environnement solidaire, travail sur les aptitudes sociales et d'adaptation ainsi que suivi individuel par le thérapeute principal. Activités de groupe : marche, nutrition, cuisine, sports, expression par les arts; la clientèle est bilingue
 - » Provenance : UIB, soins intensifs et clinique THAI (patients référés pour éviter l'hospitalisation) et usagers référés par le CLSC

³ Peut éviter l'hospitalisation

⁴ La seule unité de soins du Douglas où il y a parfois utilisation de mesures ultimes d'encadrement (ex. contention)

● **Cliniques externes spécialisées**

» troubles psychotiques, alimentaires, de l'humeur, d'anxiété et d'impulsivité (THAI) psychiatrique, gérontopsychiatrie, PEPP Montreal

● **Programme de réadaptation psychosociale**

Spectrum : insertion socioprofessionnelle et groupes thérapeutiques; soutien par 0,8 pair aidant ETC

● **Programme d'hébergement régional**

spécialisé : encadrement intensif (553 places); encadrement léger et modéré (1644 places); logement avec soutien (770 places)

● **Suivi intensif (SI)** –programme ACT (*Assertive Community Treatment*)

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SSS ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- Centre de réadaptation en dépendance Dollard-Cormier
- Centre universitaire de santé McGill (Réseau universitaire intégré –RUIS)
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (RUIS Montréal –entente pour l'enseignement)
- Centres de réadaptation Lisette-Dupras, Catherine Booth, Lindsay et Julius Richardson
- Regroupement économique et social du Sud-Ouest (programme Carrefour Jeunesse Emploi)
- UPS-Justice (planifié)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

Guichet mis en place progressivement en 2009; ouvert à tous les médecins⁵ et intervenants du territoire depuis juin 2011. Le guichet est la 1^{re} étape des services. Le personnel fait de l'évaluation, donne du soutien au référent si requis, joue un rôle psychoéducatif auprès de la clientèle, exerce une surveillance active, réfère la personne pour d'autres évaluations et interventions

Étapes franchies

- Nomination d'une coordonnatrice du guichet
- Création d'outils de référence, de communication et d'évaluation; suivi systématique, feuille de réponse aux médecins, évaluation, assignation, suivi après 3 mois.
- Mise en place de mécanismes d'analyse des cas complexes (présence du conseiller clinique et du psychiatre répondant lors des réunions cliniques)
- Collaboration avec la clinique médicale Sud-Ouest et l'UMF
- Identification de clientèles à défis particuliers (ex. comorbidité)
- Agent de liaison planifié; rôle et responsabilités à définir; démarrage en janvier 2012; urgence de l'Hôpital Verdun (référence directe, travail avec clientèle récurrente)

Fonctionnement du guichet

- Dans les jours suivant la réception de la demande de services, une intervenante téléphone au client référé; un ordre de priorité est établi en fonction de l'ensemble des demandes reçues
- Dès le contact avec l'utilisateur et selon le besoin, l'intervenante du guichet :
 - » Propose au client de participer à des ateliers de groupe
 - » Donne de la documentation et des conseils sur l'auto-traitement
 - » Offre de participer à un groupe de marche sous la supervision d'une kinésiologue
 - » Donne des informations sur les services offerts par les OC
 - » Donne le nom de la personne qui gère la liste d'attente
- Une réévaluation peut être indiquée lorsque la situation de la personne change durant le délai d'attente

Le comité élargi du guichet tient une rencontre 1 fois par mois

⁵ Très grands écarts dans le nombre de références des omnipraticiens : de 0 à 129, selon la clinique médicale.

Outils de fonctionnement

- Formulaire de référence commun aux médecins et autres professionnels (envoi par fax)
- Accusé de réception envoyé au référent (par fax)⁶
- Formulaire de rétroaction aux référents⁷ et transmission systématique du « bilan de suivi »
- Tableau de bord pour le suivi des délais d'attente (7 jours au GA et 30 jours pour prise en charge)
- Information aux partenaires; suggestion d'un présentoir et / ou vidéo sur les services de SM, dans les cliniques médicales

Attente

- Le délai moyen d'accès à l'Accueil évaluation orientation (AEO) pour traitement en SM (ambulatoire 18 ans et plus), suite à l'inscription au guichet est de 7,9 j pour le RLS, 4,1 j dans la région et 5,2 j au QC (2010-2011)
- La proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours est identique à celle du QC, soit 0,04 % (2009-2010)
- Le délai moyen d'accès à l'AEO pour SIV suite à l'inscription au guichet est de 11,7 j pour la région et de 2,9 j au QC (2010-2011)
- Le délai d'accès pour de la psychothérapie au CLSC est d'environ 1-2 mois maximum (2013)

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

En 2010, réactualisation du projet clinique de 2007 :

- Une plus grande place aux partenaires du réseau local
- Une entente de collaboration formelle est ratifiée avec l'Hôpital Douglas
- Distinction entre niveaux de besoins et niveaux d'intervention (soins par étapes)
 - » 1^{re} étape : *soins par le personnel du guichet* (évaluation, soutien, psychoéducation, surveillance active, référence pour d'autres évaluations et interventions). Soins en 1^{re} ligne en alliance avec les ressources du milieu
 - » 2^e étape : besoins demandant une *intervention plus complexe* (interface avec omnipraticien, consultations médicales, interventions psychosociales, traitement psychologique, traitement autogéré, travail interdisciplinaire. Soins en 1^{re} ligne en alliance avec les ressources du milieu

- » 3^e et 4^e étapes : besoins demandant des *interventions plus complexes et majeures* (avis et supervision d'un professionnel de 2^e ligne ou d'un psychiatre; l'usager peut nécessiter une hospitalisation). Les services de 1^{re} ligne sont en contact avec les services spécialisés et les autres acteurs de la 1^{re} ligne

Concertation santé services sociaux

- Comités intra-CSSS
 - » Comité traitement-prévention; intervention adaptée à la clientèle; approche rétablissement, interdisciplinaire; besoins des proches; collaboration avec autres services du CSSS; modèles d'intervention
 - » Comité dépendance-formation à l'entretien motivationnel, aux outils de détection
 - » Comité gérontopsychiatrie-travaux avec l'équipe soutien à domicile (SAD) et les partenaires; complémentarité; accès au guichet pour les personnes âgées
 - » Comité réinsertion sociale-précisions sur les caractéristiques de la clientèle et de l'organisation des services : intervention dans le milieu de vie; activités de la vie domestique (AVD) et activités de la vie quotidienne (AVQ); « *out reach* »; intervenant pivot

⁶ L'accusé de réception est apprécié par les référents, bien que certains aimeraient parler à l'intervenant du guichet.

⁷ Les médecins apprécient le rapport écrit que l'intervenant leur adresse.

- » Comité sur l'amélioration des pratiques.
Exemple de résultat : demander l'avis du comité d'éthique du CSSS dans les situations complexes
- Comité sur le continuum des services psychosociaux de la direction des services généraux
- Participation aux Tables de concertation de quartier
- Mise en place de la Table locale du Département régional de médecine générale (DRMG)–Participation de 10 omnipraticiens toutes clientèles

Comité des partenaires pour l'intégration des services en SM

– Comité directeur sous la responsabilité du Douglas. Le mandat est l'harmonisation de la continuité des services entre 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. Réunion environ 4 à 5 fois / an. Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles (CCPSC), PSC, centre de crise L'Autre maison et Agence

Sous-comités dont le mandat est de favoriser la fluidité et la continuité des soins et des services

- Comité passerelle du programme des troubles psychotiques – Responsable : chef de programme du Douglas – Membres : psychiatre responsable du programme, les 2 CSSS, CCPSC, PSC; 4 rencontres / an
- Comité passerelle du programme THAI – Responsable : chef de programme du Douglas – Membres : 2 psychiatres de ce programme, CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC, PSC
- Comité passerelle du programme de gérontopsychiatrie – Responsable : chef clinico-administratif du programme du Douglas – Membres : psychiatre du programme, CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité de prévention des conduites suicidaires – Responsable : directrice du centre de crise L'Autre Maison – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité de transfert des connaissances et de formation – Responsable : conseillère cadre à la direction des activités cliniques et du transfert des connaissances du Douglas (DACTE) – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC
- Comité SIV – Responsable : directeur du Projet Suivi Communautaire (PSC) – Membres : CSSS-SOV, CSSS-DLL, CCPSC et Agence

- Comité urgence – Responsable : codirection de la DACTE – Membres : président du Conseil des médecins et dentistes du Douglas, gestionnaire conseil à l'accès et à la continuité des services, CSSS-SOV et CSSS-DLL

Autres comités

- Comité sur stratégies communes de soutien au logement autonome : CSSS, Douglas, Table des organismes communautaires en santé mentale (TOCSM)
- Comité Marco Gabriel – Protocole pour suivi systématique de la clientèle en crise, notamment suicidaire
- Comité pour l'hébergement de la clientèle masculine en crise : CSSS avec la TOCSM
- Comité pour développer les modalités de collaboration à l'offre de services intégrée pour les personnes suicidaires
- Comité pour développer un modèle de service commun sur le territoire et axé sur les forces des personnes
- Comité pour organiser les activités permettant aux utilisateurs de se familiariser avec les ressources du RLS
- Comité pour favoriser l'utilisation du Plan d'intervention / Plan de services individualisé (PI / PSI)
- Comité pour favoriser les échanges d'information entre les acteurs du RLS
- Comité aviseur en SM (Agence)
- Comité de coordination pour la création du centre d'expertise en SMA : Hôpital Douglas, UMF du CSSS-SOV, Cible Qualité II, l'ESPAC⁸, représentant Astra Zéneca et OC

Concertation intersectorielle

- Participation aux tables de concertation sectorielles

Entente de services

- Entente de services en soutien au logement autonome pour trouble important de SM

⁸ ESPAC : organisation spécialisée dans la mesure et l'évaluation des résultats.

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Comité tactique de suivi du PASM
- Comité des partenaires pour l'intégration des services de SM – 4 fois / année
- Suivi des délais d'attente (1 fois / mois)
- Cibles d'amélioration de la qualité des services de 1^{re} ligne ainsi que des stratégies et des mesures d'atteinte des résultats (Projet Cible Qualité 2008-2010)

INTÉGRATION CLINIQUE

La SM est une problématique transversale dans tous les programmes du CSSS. Ainsi, dans chaque programme, on fait de la détection de troubles de SM auprès de la clientèle déjà suivie.

Protocoles, guides de pratique et PSI

- Projet Jalon – Projet de recherche sur l'élaboration de protocoles cliniques
- Protocole MARCO : suivi systématique et continuité des services (haut risque suicidaire-homicidaire)
- Protocole de soins pour la dépression
- Guide de pratique⁹ : guide sur l'anxiété (Projet Cible Qualité, depuis 2008)
- Guide pour usagers des services : guide d'auto-soins pour la dépression
- Utilisation du PSI¹⁰ : Notamment dans une optique de coopération / concertation avec les OC

Outils partagés entre organisations

- Grille d'évaluation des besoins : partagée par CSSS, Douglas et OC

- Demandes de services inter établissements : transmission électronique par le Douglas du dossier d'un patient, lors d'une référence
- Il est planifié de partager d'autres outils (en évaluation psychosociale) avec les autres équipes du CSSS

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Fonction de psychiatre répondant implantée en octobre 2012 (1 jour / semaine)
- Situation difficile pour les médecins qui se sentent seuls et ont besoin d'un intervenant de liaison pour les aider à avoir accès aux ressources en psychiatrie

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Collaboration intra-équipe pour l'évaluation / intervention
- Suivi conjoint avec les partenaires du RLS dans des situations complexes
- Implication du centre de crise et du CSSS auprès des urgences du centre hospitalier de Verdun et du Douglas
- Soins de collaboration de l'équipe SMA avec médecins, autres équipes du CSSS, OC (ex. le PSC intervient auprès des clients SIV motivés alors que le CSSS travaille à susciter la motivation chez d'éventuels clients SIV)
- Avis / supervision d'un professionnel de 2^e ligne ou d'un psychiatre lors d'interventions plus complexes et majeures
- Soins de collaboration entre organismes en dépendance et OC en SM (logement, centre de crise, groupe d'entraide, etc.)
- Mise à profit de l'expertise des usagers par la participation à leurs soins et aux décisions

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Programme d'application des connaissances en soins de collaboration, gestion de cas et soins par étapes : offert à des professionnels de disciplines différentes (Projet Cible Qualité, depuis 2008)
- Comité d'amélioration continue des pratiques
- Intra-CSSS : co-développement en interdisciplinarité
- Programme de formation pour tous les intervenants du RLS, incluant le médecin; le Centre d'expertise offre de la formation à *la carte* aux médecins

⁹ L'utilisation de guides de pratique doit être développée avec les organisations conseils sur la pratique.

¹⁰ Peu élevée.

- L'équipe SMA : support et enseignement auprès des collègues du CLSC et des partenaires du milieu
- Formation avec et auprès de partenaires sur les meilleures pratiques : paradigme du rétablissement, approche par les forces – 2012 et 2013
- Formation sur l'utilisation du plan d'intervention individualisé (PII) et du PSI (à travers le comité du guichet élargi)
- Formation sur le rétablissement donnée aux intervenants du RLS (colloque planifié pour 2012)
- Soutien et formation aux OC, dont Portage, sur les troubles relationnels, et auprès de Carrefour Jeunesse Emploi

Le réseau local de services (RLS)

Pontiac

CONTEXTE

Régional

- Région intermédiaire rurale située dans le sud-ouest du Québec (QC)
- 4 municipalités régionales de comté (MRC) : La Vallée-de-la-Gatineau, Les Collines-de-l'Outaouais, Papineau et Pontiac
- 2 territoires autochtones : Lac-Rapide et Kitigan Zibi
- 5 CSSS : de Gatineau, de Papineau, des Collines, du Pontiac, de la Vallée-de-la-Gatineau
- Proportion de la population anglophone : 17,4 % (2006)
- Proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse psychologique : 21 % en Outaouais vs 22,2 % au QC (2011)
- Proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé mentale (SM) : 3,8 % en Outaouais vs 3,4 % au QC (2011)
- Stress quotidien élevé plus prononcé chez les hommes de l'Outaouais (28,1 %) vs le QC (26,4 %)
- Taux de victimisation pour violence conjugale envers les femmes, plus élevé dans la région (529 / 100 000 habitants) qu'au QC (419 / 100 000 habitants) (2011)
- Proportion de la population de la région ayant tenté de se suicider au cours de sa vie : 4,7 % vs 4,4 % au QC (2011)
- Idées suicidaires sérieuses : 9,7 % vs 10,2 % QC
- 65 % des municipalités comptent moins de 1 000 résidents
- Pontiac affiche le plus faible revenu disponible par habitant de tout le QC
- 40 % des habitants sont francophones et 60 % sont anglophones
- Sous-scolarisation relative de la population du RLS. Proportion élevée de personnes sans diplôme d'études secondaires : 28,1 % de la population des 25 ans et plus du RLS (2006)
- Taux de mortalité par suicide du RLS : 13,5 pour 100 000 habitants (2000-2004). Taux ajusté pour la région 16,2 vs 17,3 QC

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant inférieures à celles du QC : 111,63 \$ vs 137,15 \$ (2009-2010). L'Outaouais se classe au 11^e rang sur 18 régions
- Pourcentage de dépenses régionales dans le programme SM consacré aux organismes communautaires (OC) supérieur au QC : 12,68 % vs 8,82 % (2009-2010)
- Taux de psychologues par 10 000 habitants en Outaouais inférieur à l'ensemble du QC (7,79 vs 10,78) (2010-2011)
- 146 OC de la région sont reconnus par l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais (2012)
- Ligne Info-santé (2010)

Réseau local de services sociosanitaires

- Communauté rurale située dans la partie Ouest de l'Outaouais, au Nord-Ouest de la région urbaine de Gatineau
- Territoire de 15,500 km², 18 municipalités et 20,817 habitants

Ressources en 1^{re} ligne

- 1 CLSC; 6 points de services :
 - » Mansfield-et-Pontefract (Fort-Coulonge) – incluant une clinique d’urgence (24 / 7)
 - » Chapeau : ouvert de 8h30 à 16h30 (5 jours semaine)
 - » Quyon : ouvert de 8h30 à 16h30 (5 jours semaine)
 - » Bryson : ouvert de 8h30 à 16h30 (5 jours semaine)
 - » Otter-Lake
 - » Rapides-des-Joachims : 9h00-12h00
- 6 cliniques médicales privées
- 23 omnipraticiens en clinique médicale, CLSC et groupe de médecin de famille (1 GMF)
- 1 clinique de transition pour la clientèle orpheline (patients sans médecin de famille)
- Équipe de deux organisateurs communautaires, rattachée à la direction générale (les postes sont présentement à combler; un des organisateurs relève de l’équipe SM)
- 1 OC en SM dans le RLS
- 3 pharmacies communautaires

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier offrant des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés : Centre Hospitalier du Pontiac (CHP). Pas d’unité de psychiatrie, mais 1 lit attitré en SM
- Accès à l’Hôpital Pierre-Janet (HPJ), intégré au CSSS Gatineau. HPJ a le mandat régional d’offrir des services spécialisés en SM à toute la population de l’Outaouais. Établissement d’enseignement affilié à l’Université d’Ottawa, l’Université McGill et l’Université du Québec en Outaouais
- Accès à une clinique spécialisée du centre hospitalier HPJ : trouble de personnalité limite, trouble anxieux, services ambulatoires, sismothérapie
- Accès aux services d’hôpital de jour du centre hospitalier HPJ (anxiété, phobies, TOC, etc.) : actuellement aucune référence du Pontiac
- 2 centres d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics : le pavillon Manoir Sacré-Cœur (40 lits) et le pavillon Centre d’accueil Pontiac (50 lits). Offre de soins de longue durée au Centre Hospitalier du Pontiac (25 lits; mais aucun lit réservé pour la SM)

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- Prévention des troubles mentaux au travail – Groupe de sentinelles (responsabilité du CSSS du Pontiac avec EntourElle, Bouffe Pontiac, Centre de ressources éducatives pédagogiques (CREP-CJEP))
- Ligne 24 / 7 (1-866-APPELLE) assumée par le CSSS et EntourElle (OC pour femme en détresse)
- Suivi intensif (SI) assumé par le CSSS (5 places en SI); une entente avec l’Hôpital Pierre-Janet (HPJ) est à venir
- Service de thérapie individuelle auprès des familles et des proches présentant un taux de détresse élevée (responsabilité CSSS; partenaires HPJ, médecin de famille, Intervalle)

- Pas d’équipe dédiée SIV (soutien d’intensité variable) à cause de l’étendue du territoire (11 places en SIV)
- Expertise de l’équipe santé mentale qui permet d’assurer un soutien au personnel de l’urgence
- Un médecin est impliqué auprès de l’équipe SM et assure la liaison avec le département de médecine et le GMF (décembre 2011)

Équipe de SM adulte

- Polyvalence de l’équipe SM
- Composée de 7 intervenants : psychologues, psychoéducatrice, infirmier / infirmière, éducatrice, agente de relations humaines. Effectifs incomplets, manque 1 omnipraticien

- Les intervenants de l'équipe SM sont localisés dans 4 différents ports d'attache : CLSC Mansfield, CLSC Bryson, CLSC Quyon et Centre hospitalier Pontiac. Les points de services sont à Rapides-des-Joachims, Chapeau, Otter Lake. Les intervenants peuvent venir dans les autres points de services sur demande
- L'équipe intégrée en SM offre l'ensemble des services (1^{re} ligne et 2^e ligne) à toute clientèle (incluant les plus de 60 ans)
- Pour les 0-18 ans et les 60 ans et plus, les équipes Jeunesse et Personnes âgées assument leur 1^{re} ligne (contact / évaluation / suivi)
- Rôle de l'équipe SM : consultation / évaluation, intervention conjointe, prise en charge, collaboration avec les services ado / pédo et géronto-psychiatrie de l'Hôpital Pierre-Janet.
- L'équipe offre des services d'intervention en situation de crise car il n'y a pas de centre de crise dans le RLS : accessibilité 24 / 7, du lundi au vendredi et garde sur place jusqu'à 21h, sinon sur pagette en lien avec la clinique d'urgence de Mansfield
- Intervention de groupe pour endeuillés par suicide
- Suivi infirmier dans la communauté : Kogaluk, Intervalle, EntourElle, ressource de type familial (RTF) et au domicile
- Service de post-intervention à la suite d'une tentative de suicide
- SIV à ses débuts dans la communauté

NOTE : aucun centre de prévention du suicide mais l'offre de services est assurée par les lignes d'écoute (Tel-aide Outaouais; 8h-minuit; 365 jours par année et les lignes de crise du CSSS de Gatineau)

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Centre Intervalle Pontiac : programme d'activités éducatives, formatrices et récréatives nécessaires à la réadaptation et à la réinsertion sociale. Hébergement de courte et longue durée ainsi que répit-dépannage. Résidence Intervalle : 4 places régulières et 2 de dépannage (services d'hébergement axés sur une réadaptation à l'interne de 6 mois maximum) – destinées aux usagers mobilisés vers le changement

- L'EntourElle : maison d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté; hébergement temporaire (9 places pour femmes / enfants au total)
- Maison de la famille du Pontiac : accueillir, intégrer et supporter toutes les familles défavorisées. Fournir des services d'aide et d'entraide. Organiser des activités de prévention et de sensibilisation. Valoriser les compétences de chaque famille. Défendre et promouvoir les droits et intérêts des familles
- Centre Social Kogaluk : 17 logements sociaux (capacités de 25 personnes)
- Maisons Luskville (RADAT) : 26 lits pour hommes de 18 ans et plus (itinérance, toxicomanie et alcoolisme)
- Écoute entre pairs : EntourElle (informel) et Intervalle (formel et informel)
- Regroupement des organismes communautaires en santé mentale de l'Outaouais (ROCSMO)
- Régional : Organisme Droit et Accès (promotion / défense des droits en SM); se déplace à la demande

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE CSSS – CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

- Centre hospitalier du Pontiac (CHP) : service de consultation d'urgence psychiatrique et service de psychiatrie en clinique externe (1 lit SM). Intervention face à face pour crise suicidaire
- Hôpital Pierre-Janet (HPJ) (3 lits SM pour la clientèle du Pontiac (les lits sont réservés mais ne sont pas toujours accessibles). Offre les services de psychiatrie (anxiété, phobies, TOC, etc.), de psychiatrie légale et a la responsabilité de plusieurs services d'hébergement. Hébergement (seul un intervenant au suivi peut faire la demande d'hébergement). Ressources non-institutionnelles (RNI) et 1 RTF (famille d'accueil) pour la clientèle nécessitant un support quotidien de type familial (la supervision des RNI et RTF relève du centre hospitalier HPJ)
- Appartements supervisés responsabilité HPJ et Intervalle; implication du CSSS du Pontiac et RTF : Fort-Coulonge (3 places)

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS EN SANTÉ, EN SERVICES SOCIAUX ET PARTENAIRES INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- Centre Jellinek – Centre de réadaptation pour personnes dépendantes à l'alcool, aux autres drogues ou au jeu; point de services à Mansfield
- Caisse populaire – Prévention jeu pathologique
- Centre de formation Pontiac – Activités de prévention du suicide auprès des écoles pour adultes
- Sûreté du Québec (SQ)
- Sécurité publique de Collines – Corps policier
- Coop paramédics – Pour intervention en situation de crise et crise suicidaire
- Régie du logement
- TransportAction
- Association pour la défense des droits sociaux du Québec (ADDS)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

- Aucun GA en place car moins de 50 000 habitants mais un mécanisme d'accès est mis en place
- Mécanisme d'accès différent pour l'hébergement : comité d'accès pour un placement en hébergement formé du chef de service de l'Hôpital Pierre-Janet, de la directrice du Centre Intervalle, du travailleur social HPJ sur le territoire et du gestionnaire du programme SM du CSSS du Pontiac

Fonctionnement du mécanisme d'accès

- Demandes de services centralisées à Mansfield et acheminées à l'Accueil évaluation orientation qui les traite

Traitement de la demande en CLSC

- L'utilisateur peut faire sa demande lui-même ou être référé. S'il est référé, le motif de la demande doit être explicite, dans le but d'assurer un meilleur suivi
- Le premier contact est fait par l'intervenant de garde. Celui-ci fait une évaluation psychosociale et la demande de service est remise au directeur du programme SM pour assignation. L'intervenant concerné envoie une copie de l'évaluation psychosociale et du plan d'intervention (PI) au médecin référent
- Après 5 rencontres, l'intervenant fera parvenir un bref résumé du suivi au médecin; il fera de même à la fermeture du dossier

Traitement de la demande en CH (usagers hospitalisés)

- L'utilisateur est d'abord vu par l'intervenant qui assure la présence au CH. Si l'utilisateur n'est pas connu de l'équipe SM, l'intervenant du CH fera l'évaluation et il assurera un suivi périodique à l'hôpital pour la durée de l'hospitalisation

Traitement de la demande à l'urgence du CH

- La requête est adressée à l'urgence ou un message est laissé sur le répondeur de l'intervenant localisé au CH
- Le suivi est assuré par l'équipe SM pendant les heures d'ouvertures; en dehors de ces heures, le suivi est assuré par l'intervenant de la garde psychosociale. Il répond aux urgences. Il peut être rejoint en appelant à l'urgence de la clinique de Mansfield

Outils de fonctionnement

- Lettre systématique au référent – accusé de réception et autres renseignements (la personne a été jointe, un rendez-vous a été fixé, on a laissé un message téléphonique, la personne ne désire pas de service, etc.)
- Autre lettre systématique au référent – suivi de la demande de service : objectifs de l'intervention élaborés et référence au service de SM

Attente

- Le délai moyen d'accès à l'Accueil évaluation orientation AÉO pour traitement en SM du CSSS du Pontiac (34,5 jours) surpasse nettement celui du régional (13,0 jours) et celui du QC (5,3 jours) (2010-2011)

- La proportion des utilisateurs de services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours en Outaouais (0,02) est inférieure à celle du QC
- Il n'y a pas de délai d'accès pour le SIV

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Projet clinique

- Pas de réévaluation mais un suivi est fait

Systèmes informatiques de monitoring

- GESTRED et OASIS : transmission des données via la RAMQ et I-CLSC, TGIB-WEB (tableau de bord)
- Déployé KINLOGIX (dossier informatisé) – Médecin en GMF

Concertation santé services sociaux

- Table de développement social d'environ 40 partenaires. Une rencontre a lieu tous les mois
- Comité régional santé mentale adulte
- Le CSSS du Pontiac participe au comité régional de suivi de l'application de la Loi P 38, et y représente les territoires ruraux

Entente de services

- Service de SM – CSSS du Pontiac / HPJ (Clinique SM externe et service de psychiatrie disponible à l'hôpital)

Ententes de partenariat

- Clinique de transition pour clientèle orpheline : MSSS / CSSS du Pontiac, cliniques privés et GMF
- Hébergement de longue durée-HPJ / Intervalle
- Hébergement pour clientèle adulte sous ordonnance de la cour (Loi C 43) – HPJ / Intervalle, CSSS du Pontiac, Pavillon du Parc et RTF

- Accès à l'hébergement doté d'une structure d'encadrement soutenue; accès aux services spécialisés (disponibilité en zone urbaine seulement) – HPJ / CSSS du Pontiac
- Services communautaires d'aide et d'accompagnement pour faciliter l'accès aux diverses organisations – CSSS du Pontiac / Intervalle et l'EntourElle
- Activités d'intégration sociale et sportive, jumelage inter-organismes – Pavillon du Parc / Intervalle
- Protocole d'entente sur l'intervention de crise dans le Pontiac : CLSC, CHSLD et CH avec Sûreté du QC, services policiers MRC de la Colline, services ambulanciers de l'Outaouais

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Suivis réguliers de l'évolution du développement des services via la table de développement social – reddition de comptes sous la supervision de l'Agence de l'Outaouais

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et plan de services individualisés (PSI)

- Protocole d'intervention en agressions sexuelles
- Protocole d'entente pour la crise et la crise suicidaire pour le territoire
- Protocole d'entente entre la Sûreté du Québec et le CSSS du Pontiac pour le service d'évaluation et de garde (Loi P 38)
- Protocole de retrait des armes à feu

- Politique et procédure : disponibilité et rappel au travail pour la garde psychosociale
- Protocoles d'ordonnances collectives
- Utilisation du PSI

Outils partagés entre organisations

- Outil de prévention des suicides et des homicides par armes à feu

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Aucun psychiatre répondant mais déploiement des psychiatres dans le territoire pour la consultation (soins pour adultes) (0,2 ETC)

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

Régional

- Formation en SM et toxicomanie
- Formation AGIR
- Formation des intervenants sociaux, agents de la SQ, MRC des Collines, le personnel de l'urgence (CH et clinique Fort-Coulonge) et Coop paramédics, sur l'évaluation et la garde (Loi P 38)
- Soutien du Centre National d'excellence en santé mentale du MSSS pour la consolidation du SIV

Réseau local de services

- Formation du personnel infirmier sur les ordonnances collectives et ce, avec la contribution de certains médecins
- Formation pour le CSSS du Pontiac, les corps policiers et paramédicaux sur l'évaluation de la dangerosité de la personne et l'application de la Loi P 38; à faire pour autres intervenants
- Formation offerte aux partenaires (écoles secondaires, OC, médecins, caisse populaire, DSP, etc.) sur l'identification du joueur problématique ou pathologique
- Formation sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, incluant la dépression, ainsi que sur les outils disponibles de dépistage pour les professionnels de la santé des CSSS et pour tous les professionnels en SSS concernés
- Formation sur l'outil de prévention des suicides et des homicides par armes à feu
- Formation sur la thérapie brève et la thérapie motivationnelle en dépendances (personnel de 1^{re} ligne)

Alphonse-Desjardins

CONTEXTE

Régional

- Région urbaine et rurale située sur la Rive-Sud du fleuve Saint-Laurent, face à la ville de Québec
- Superficie de 15 071 km² composée de 9 municipalités régionales de comté (MRC) et de 136 municipalités
- 5 RLS : Alphonse-Desjardins, Etchemins, Montmagny-L'Islet, Beauce et région de Thetford
- Proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires de la région Chaudière-Appalaches : 36,1 % comparativement à 31,3 % au QC (2007)
- Population sous seuil de faible revenu : 12,7 % comparativement à 19,1 % au QC (2007)
- La région se situe au 4^e rang sur 15 au QC pour la mortalité par suicide. Le taux de suicide est nettement plus élevé chez les 40-49 ans que chez les jeunes, particulièrement chez les hommes (2007)

Réseau local de services sociosanitaires

- Territoire et population du RLS : 4 756 km²; 5 MRC (Bellechasse, Desjardins, Chutes Chaudières, Nouvelle Beauce et Lotbinière) dont 50 municipalités; 235 773 habitants (58 % de la population de Chaudière-Appalaches) (2011-2012)
- $\frac{2}{3}$ de la population réside en territoire urbain (occupant $\frac{1}{3}$ de la superficie du territoire), alors que $\frac{1}{3}$ vit en territoire rural (occupant $\frac{2}{3}$ de la superficie du territoire)
- Croissance démographique (entre 2000-2010) : 8 % dans le RLS, 4 % dans la région, 7 % au Québec (QC); l'estimation de cette croissance est identique pour la période de 2011-2021

- Entre 2006 et 2011, on constate une augmentation de 25,6 % de personnes âgées de 65 ans et plus sur le territoire du RLS. Croissance du nombre de personnes de 75 ans et plus : augmentation de 31 % dans le RLS, de 33 % dans la région et de 38 % au QC (2011-2012)
- Taux de mortalité par suicide du RLS : 16 pour 100 000 habitants (2002-2006)
- Hôtel-Dieu de Lévis : près de 50 % des hospitalisations en psychiatrie chez les adultes mettent en cause une problématique concomitante de dépendance (2007)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant (\$) inférieures au QC : 113,11 vs 137,15. Chaudière-Appalaches se classe au 7^e rang sur 18 régions (2009-2010)
- Le % des dépenses régionales du programme SM consacrées aux organismes communautaires (OC) est supérieur au QC : 9,24 vs 8,82 (2009-2010)
- Manque d'effectifs : actuellement 10 en psychiatrie adulte et 5 en gériopsychiatrie. Le ratio prévu est de 12 psychiatres par 100,000 de population; pénurie de psychiatres pour le RLS si l'on tient compte des données populationnelles (2012)
- Accès à un médecin omnipraticien : 86 % (12 ans et plus) et 97 % (65 ans et plus) ont accès régulièrement à un médecin en Chaudière-Appalaches. Au QC, 74 % (12 et plus) et 93 % (65 et plus) ont accès à un médecin omnipraticien (2011-2012)
- Taux de psychologues par 10 000 habitants inférieur à l'ensemble du QC (6,95 vs 10,78) (2010-2011)

- Tel-Écoute du Littoral (ligne téléphonique régionale : situation de détresse, prévention du suicide) et Centrale Info-santé / Urgence-Détresse Chaudière-Appalaches (situation de crise psychosociale)

Local

- Dans le RLS, 81 OC reconnus par le réseau de la santé et des services sociaux (2012)
- Service 211 : Info-référence des services communautaires; service centralisé qui dirige les personnes vers les ressources communautaires

Ressources en 1^{re} ligne

- 5 centres locaux de services communautaires (CLSC) :
 - » Lévis – 1 point de service
 - » Laurier-Station – 1 point de service
 - » de Saint-Lazare-de-Bellechasse – 1 de point de service
 - » de Sainte-Marie – 1 de point de service
 - » de Saint-Romuald – 1 de point de service
- 233 médecins omnipraticiens en place dans le RLS

- 20 cabinets privés et 10 GMF (dont 1 clinique réseau) ainsi qu'une unité de médecine familiale (UMF)
- 3 gardes médicales en CLSC : Laurier-Station et Sainte-Marie ont une garde médicale de 8h à 12h le samedi et le dimanche et 1 infirmière jusqu'à 16h. Saint-Lazare a un médecin de 8h à 12h sur une base irrégulière et 1 infirmière jusqu'à 16h
- Une unité de médecine familiale au Centre de santé et de services sociaux (CSSS)
- 10 groupes de médecins de famille (GMF)
- 10 OC en SM et 2 OC en dépendance
- 60 pharmacies dans le RLS

Ressources spécialisées

- 1 centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) : l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL) (partenaire de l'Université Laval)
- 13 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et 4 CHSLD privés conventionnés. Aucun CHSLD spécifique pour la santé mentale
 - » Une unité en CHSLD pour la clientèle présentant des comportements agressifs (unité des troubles sévères de comportement au CH Paul-Gilbert) (2010-2011)

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- 1 980 usagers desservis en 1^{re} ligne par l'équipe santé mentale 1^{re} ligne. Suivi de réadaptation pour problèmes de SM (anxiété, dépression, schizophrénie, etc.)
- Services d'évaluation, de suivi et de référence aux ressources du milieu pour les personnes ayant des difficultés personnelles, conjugales ou familiales (violence, situation de crise, toxicomanie, jeu pathologique, etc.)
- Thérapie individuelle (court-terme) pour problématique psychosociale ou trouble d'adaptation léger ou moyen
- Thérapie individuelle (court-terme, moyen-terme) pour trouble d'adaptation sévère, trouble de l'humeur, trouble anxieux
- Programme pour troubles de la personnalité (intervention individuelle et de groupe); durée possible : 2 ans
- Suivi dans la communauté pour soutenir la personne dans les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ) : clientèle avec trouble de SM sévère (ex : schizophrénie, trouble bipolaire)
- Promotion, information et formation en prévention du suicide

L'Équipe de santé mentale adulte (SMA)

- 6,1 infirmières en équivalent temps complet (ETC), 6 psychoéducateurs ETC, 1,8 auxiliaires en services de santé et services sociaux (ASSS) ETC, 16,8 éducateurs ETC, 16,6 psychologues ETC, 17,4 travailleurs sociaux ETC
- 5 équipes de SM – une par CLSC
- *Suivi intensif dans le milieu (équipe SIME)* – Équipe incomplète. Le ratio prévoit 10 professionnels par 100 000 de population
 - » Psychoéducateurs : 4 ETC
 - » Infirmières : 2 ETC
- *Soutien d'intensité variable (SIV)*
 - » CLSC Lévis : 1 infirmière ETC, 6,5 éducateurs ETC, 1 auxiliaire en services de santé et services sociaux (ASSS) ETC
 - » CLSC Laurier-Station : 0,6 infirmière ETC, 1,4 éducateur ETC, 0,5 travailleur social ETC
 - » CLSC de St-Lazare-de-Bellechasse : 0,9 infirmière ETC, 0,5 travailleur social ETC, 1 psychoéducateur ETC, 2,5 éducateurs ETC
 - » CLSC de Ste-Marie : 0,6 infirmière ETC, 2,4 éducateurs ETC
 - » CLSC de St-Romuald : 1 infirmière ETC, 4 éducateurs ETC, 1 psychoéducateur ETC, 0,8 ASSS ETC
 - » Le plan d'action en santé mentale (PASM) prévoit 250 places en SIV pour 100 000 de population. Le ratio intervenant – personnes est de 1 / 12 à 1 / 25
- *Équipe SM 1^{re} ligne (psychothérapie)*
 - » CLSC Lévis : 4,2 psychologues ETC et 3 travailleurs sociaux ETC
 - » CLSC Laurier-Station : 1 psychologue ETC et 3,9 travailleurs sociaux ETC
 - » CLSC de St-Lazare-de-Bellechasse : 1,8 psychologue ETC et 3,5 travailleurs sociaux ETC
 - » CLSC de Ste-Marie : 2,4 psychologues ETC et 2 travailleurs sociaux ETC
 - Un psychologue ETC est intervenant-pivot en SM-toxicomanie

» CLSC de St-Romuald : 6,2 psychologues ETC et 3 travailleurs sociaux ETC

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Aucun centre de prévention du suicide
- Maison des hauts bois / lits de crise : 9 lits d'hébergement de crise, intervention téléphonique 24 / 7
- Écoute téléphonique pour les hommes – *Partage au Masculin*
- Suivis spécialisés (individuel ou en groupe) pour difficultés de couple et / ou séparation, victimes d'agression sexuelle, violence conjugale (pour les hommes) – *Partage au Masculin*
- Hébergement pour adultes en situation de crise – *Société de réadaptation et d'intégration communautaire (SRIC)*
- Service pour personnes ayant un problème de jeu pathologique. Aide, thérapie, hébergement temporaire (1 lit de dépannage 24 / 7. *Maison l'Odysée*
- Intégration et réadaptation en société. Développement des habiletés résidentielles – *l'Alternative de Lévis*
- Information, éducation populaire et promotion de la SM – *Association canadienne pour la santé mentale de Chaudière-Appalaches*
- Promotion et défense de droits en SM – *L'A-droit de Chaudière-Appalaches*
- Entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique : soutien, aide, activités de groupe – *La Barre du jour, l'Oasis de Lotbinière, La Passerelle, Aux Quatre Vents*
- Soutien aux proches aidants – *le Contrevent*
- Intervention de groupe pour troubles alimentaires (projet pilote) – *Maison l'Éclaircie* (Québec, région 3)
- Travailleurs de rue (Secteur Bellechasse : organisme Carrefour Jeunesse Emploi et Travail de rue de la MRC de Bellechasse – Secteur Lévis : organisme Centre d'aide en prévention jeunesse (CAPJ))

- Appartements supervisés (l'Office municipal d'habitation (OMH) assume la gestion et le CSSS supporte le projet par une entente de collaboration et une aide sur le plan financier). Rose des vents : 10 places avec intervention 35 heures / sem.; 6 appartements de 3 pièces ½ individuels et 2 appartements de 4 pièces ½ en cohabitation; durée de séjour jusqu'à 18 mois. Ponceau : 5 places; chambres à aires communes – durée de séjour de 1 mois (dépannage) – 35 h / sem. d'intervention
- Contrats de voisinage (pour personnes souhaitant habiter leur domicile; enquête chez le voisin et engagement par contrat) (gérés par CSSS)
- Service de garde (Urgence-Détresse) disponible 24 / 24 heures, 7 / 7 jours. Intervention téléphonique – l'intervenant de garde se déplace sur les lieux et prend une décision selon la situation et son jugement clinique
- Services d'intégration socioprofessionnelle

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE CSSS – CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS (CHSGS)

- Programme de réadaptation intensive (PRI). Son développement s'est fait avant la fusion. Le programme comprend : une unité de réadaptation intensive à l'Hôtel-Dieu de Lévis, une équipe SIM
- Ressources non-institutionnelles (RNI) : 66 RTF – 342 places (108 places en SM); 10 RI – 154 places (40 places en SM); ressources intermédiaires spécialisées (RIS) – 6 places en santé mentale (2011-12)
- Services spécialisés de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis :
 - » 70 lits (2012) : 24 lits en courte durée; 12 lits en géranto, 8 lits en pédo, 6 lits en unité

d'intervention brève (UIB), 6 lits en unité de réadaptation en psychiatrie (URP), 8 lits en soins intermédiaires, 6 lits en soins intensifs

- » Centre d'évaluation et de traitement intensif (CÉTI) : 5 places (2012)
- » Unité d'intervention brève (UIB)
- » Service ambulatoire de psychiatrie adulte (SAPA) (2000)
- » Unité de thérapie comportementale et cognitive (UTCC) (2000)
- » Unité de courte durée
- » Unité de gérontopsychiatrie (2011)
- » Clinique externe : consultation pour évaluation diagnostique, traitement et recommandation; module spécialisé de thérapie cognitive et comportementale; consultations en centre d'hébergement (2011)
- » Unité de psychiatrie légale (à venir)
- » Suivi intensif (SI)

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (SSS) ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) – 2 points de services, 40 places en internat
- Services ambulanciers CAMBI et DESSERCOM; font partie du groupe d'organismes mandatés pour venir en aide aux personnes suicidaires ainsi qu'à leurs proches
- Sureté du Québec (prévention du suicide)

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

- Pas de guichet en place (à venir printemps 2013); toutefois, le cheminement de la demande de services et le fonctionnement du guichet sont établis
- Comité d'accès pour cas plus complexes et nécessitant un plan de services individualisé (PSI) : agent de liaison en SM du CSSS, chef de programme, agent de liaison du CHAU-HDL, superviseur clinique, psychiatre traitant ou répondant. Tout autre intervenant dont la présence

est jugée pertinente sur une base ponctuelle peut être invité. Le comité se réunit à une fréquence déterminée selon les besoins de chaque site. Ce comité sera intégré au guichet d'accès et il se réunira 1 fois / semaine

- Comité d'accès SIME (CLSC-CHAU-HDL)
- Comité d'accès du Grand Littoral : accès à l'hébergement et aux ressources alternatives en SM

Planification du fonctionnement du guichet

- Deux profils de services établis
 - » **410 : Services aux personnes présentant des troubles mentaux (programme SM).** *L'utilisation de ce profil de l'intervention est réservée aux usagers pour qui une impression diagnostique ou diagnostic médical a été posé et pour lesquels le soutien assuré peut varier selon les besoins*
 - » **420 : Services aux personnes dont la SM est menacée – court-terme (programme services généraux).** *Services psychosociaux individuels, conjugaux ou familiaux répondant aux besoins des personnes qui risquent de voir leur équilibre psychique compromis parce qu'elles vivent des situations difficiles (ex. événement stressant, perte d'un être cher)*
- Deux façons de faire une demande de services en SM :
 - » Le client peut faire la demande auprès de son médecin
 - » Il peut se présenter / contacter l'accueil psychosocial du CSSS (AÉO)
- Après réception de la demande :
 - » Si la demande est simple, elle est acheminée par l'AÉO directement à l'équipe thérapie
 - » Les demandes complexes sont acheminées à l'agent de liaison en SM. Son mandat : recevoir les demandes, les valider, les prioriser et les orienter directement à l'équipe thérapie ou à l'équipe de suivi dans la communauté. Il peut également diriger la demande vers les partenaires du réseau (ex. CHAU-HDL, OC)

- » Dans chacun des secteurs, un système de relance téléphonique est en place afin que les personnes, hors du délai de 4 semaines d'attente, soient contactées pour réévaluer leur condition psychologique. Une re-priorisation est alors effectuée
- » L'intervenant de l'AÉO assigné assure le suivi (rétro-information) auprès du référent

Outils de fonctionnement

- Formulaire de transmission commun à tous les référents (permet d'uniformiser, de prioriser, de traiter et de bien orienter la demande)
 - » Formulaire de référence psychosociale vers le CSSS
 - » Formulaire de référence aux services en SM et psychiatriques
- Rapport de suivi effectué suite à une référence

Attente

- Sur le plan régional, le délai moyen d'accès à l'AÉO pour traitement en SM, suite à l'inscription au guichet est inférieur à celui du QC (3,2 vs 4,2) (2009-2010); (2,5 vs 5,3) (2010-2011)
- Sur le plan régional, le délai moyen d'accès à l'AÉO pour le SIV, suite à l'inscription au guichet, est inférieur à celui du QC (1,2 vs 2,3) (2009-2010); (1 vs 2,9) (2010-2011)
- 92 % des demandes sont prises en charge dans les 6 semaines et 100 % des demandes sont prises en charge dans un délai maximal de 8 semaines (2011)
- Pas d'attente en SIV
- Nombre de places en SIV : 338 (Entente de gestion, 2011-2012); 270 (2011-2012)
- Nombre de places en SIM : 60 (Entente de gestion, 2011-2012); 51 (2011-2012)

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Projet clinique

- Projet élaboré en 2011

Systèmes de monitoring des activités

- Liste d'attente informatisée
- Tableau de bord de la charge de cas des intervenants

- Révision de l'encadrement clinique
- Dépôt systématique des plans d'intervention aux cadres
- Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC); partout
- Rehaussement de plusieurs systèmes d'information : Clinibase CI, MedUrge-MedSoins

Concertation santé services sociaux

- Interne : Comité amélioration performance première ligne. Mandat : travailler sur trois dimensions de la performance, qualité, accessibilité et efficience. Porté par la DGA; les directeurs réseau première ligne sont présents ainsi que les coordonnateurs professionnels et les chefs de programmes (rencontre aux 2 mois)
- Interne : Comité stratégique AAPA-MH (clientèle gérontopsychiatrie – applique l'orientation du ministère
- Comité régional sur le continuum de services en santé mentale; piloté par l'Agence
- Table régionale santé justice; réunit entre autres les procureurs, les gens de la sécurité publique, les gens de la santé (directeurs ou coordonnateurs). Piloté par le centre de détention
- Interne : Comité Actions-santé; pour les grands consommateurs de services, toute clientèle confondue
- Comité provincial SIME et SIV
- Comité du Grand Littoral sur l'insalubrité morbide
- Comité du Grand Littoral – service ambulatoire de psychiatrie adulte (SAPA)-SIMAD-TH
- Comité des intervenants ressources

Autres concertations

- Comité de suivi (Projet RÉMI, protocole en prévention du suicide) : composé d'au moins un représentant des organismes partenaires (CSSS, Sûreté du Québec, services de police municipaux de Lévis et de Ste-Marie, Tel-Écoute du Littoral, Centrale Info-santé-Urgence-Détresse, Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches, services ambulanciers CAMBI et DESSERCOM). Nombre de rencontres : 3-4 fois / année afin d'apporter les corrections nécessaires et de voir au bon fonctionnement du protocole

Ententes de collaboration

- Jeu pathologique : Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA), CSSS et Maison l'Odyssee. Objet : accès à un lieu d'hébergement temporaire dans la communauté afin d'offrir un temps de réflexion, de permettre de débiter une évaluation ou d'actualiser un plan d'intervention par l'établissement responsable
- Insalubrité morbide : Ville de Lévis, CSSS et Agence de la santé et des services sociaux
- Adaptation au deuil et problématique de couple : CSSS, Maison de la Famille Rive-Sud
- Intervention de groupe pour troubles alimentaires (projet pilote) : Agence, Maison l'Éclaircie et CSSS
- Entente sur le corridor de services en SM pour Portage

Ententes de services

- Intervention de crise : protocole d'entente entre le CSSS, le CHAU Hôtel-Dieu-de Lévis et la Société de réadaptation et d'intégration communautaire (SRIC); cette dernière s'engage à fournir 9 chambres au CSSS et au CHAU-HDL pour des usagers adultes de 18 ans et plus, en situation de crise ou de dépannage
- Service d'intégration et de réadaptation :
 - » Protocole d'entente entre le CSSS et l'Alternative de Lévis. Partenaires dans l'offre de services d'intégration et de réadaptation de la personne; développement d'habiletés résidentielles dans la ressource la Rose des Vents. Renouvellement : 2013
 - » Protocole d'entente entre le CSSS et le CHAU Hôtel-Dieu-de-Lévis et la Société de réadaptation et d'intégration communautaire. Renouvellement : 2013

Autres activités de monitoring – CSSS et partenaires

- Évaluation de la satisfaction de l'ensemble de la clientèle; enquêtes de satisfaction – juin 2012
- Projet sur la révision du continuum de services en SM
- Suivi des ententes de services avec indicateurs

- Suivi des ententes de collaboration et reddition de comptes
- Révision de la qualité des pratiques avec le processus d'agrément

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et PSI

- Protocole d'entente en prévention du suicide (projet RÉMI)
- Utilisation du PSI et du plan de services individualisé et intersectoriel (PSII)

Outils partagés entre organisations

- Aide-mémoire sur les services en SM au CSSS-mission CLSC – pour les médecins du territoire
- Outil de travail pour l'évaluation initiale par l'infirmière (incluant le risque suicidaire); permet une meilleure évaluation de la condition mentale et physique de la clientèle
- Outil pour estimer le risque de passage à l'acte de la personne suicidaire et schéma de la trajectoire à entreprendre (projet RÉMI) – CSSS et partenaires

Agent de liaison

- Intervient lors de l'accès aux services SM (interne et externe)

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Aucun psychiatre répondant mais psychiatres responsables
- Psychiatres responsables : 104 demi-journées payables / année pour CLSC, 52 demi-journées payables / année pour cliniques médicales et GMF; aucune garde téléphonique mais le psychiatre responsable est au guichet d'accès

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Un groupe d'intervention a été constitué pour la clientèle présentant un problème de SM en concomitance avec un problème de dépendance. Ce groupe a été développé en collaboration avec le centre de réadaptation en dépendance et le département de psychiatrie du CHAU-HDL
- Programme de réadaptation intensive (PRI) : un partenariat à 3 volets (équipe SIME, lits de crise à la SRIC et unité de réadaptation en psychiatrie (URP) au CHAU (6 lits))

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- En soutien à la direction de l'enseignement et de la recherche : courtière des connaissances (pour favoriser les meilleures pratiques et appui à la mise en place des projets)
- Formation prescrite par le Ministère dans le but d'améliorer l'offre de services afin qu'elle réponde aux besoins de la population
- Soutien à l'implantation de standards cliniques, au transfert des connaissances et à l'innovation au CSSS. Développement d'un premier programme de formation et de développement professionnel en collaboration avec la direction générale des activités cliniques : (approche *e-learning*) (2010-2011)
- 55 sentinelles ont été formées dans le RLS (2011-2012)
- Des directeurs de comptes de la Banque Nationale de l'Est du QC et de la Caisse populaire Desjardins de Saint-Anselme (dédiés exclusivement aux agriculteurs) ont été formés par le CSSS sur les façons concrètes de prévenir le suicide (reconnaissances des signes, ressources et soutien pour aller chercher de l'aide). Objectif : diminuer la détresse chez les agriculteurs (2011-2012)
- Tournée des syndicats de l'Union des producteurs agricoles (UPA) afin de sensibiliser, de normaliser la demande d'aide et d'informer sur les ressources disponibles; environ 160 agriculteurs ont été rencontrés et sensibilisés à la demande d'aide (2011-2012)
- Formation OMEGA offerte au personnel du département de psychiatrie principalement et à quelques organismes communautaires – équipe SIME

- Plusieurs formations dispensées aux psychologues dans le but d'améliorer leur pratique (approche, évaluation, traitement, enjeux des troubles de personnalité)
- Tenue de deux formations en gestion de crise aux partenaires (2010-2011) : OMH, Coop de services Rive-Sud, Carrefour Jeunesse Emploi, Maison de jeunes
- Tournée des GMF. Objectif : faire connaître l'offre de services et ses modalités. La tournée a permis également de recueillir les besoins des omnipraticiens en matière de psychiatre répondant (2011-2012)

Laval

CONTEXTE

- Laval est une région administrative du Québec (QC), une municipalité régionale de comté (MRC) et une ville; celle-ci est membre de la communauté métropolitaine de Montréal depuis l'an 2000
- Région périphérique avec milieu urbain et semi-urbain, Laval compte 14 arrondissements (Auteuil, Chomedey, Duvernay, Fabreville, Îles-Laval, Laval-des-Rapides, Laval-sur-le-Lac, Laval-Ouest, Pont-Viau, Sainte-Rose, Sainte-Dorothée, Saint-François, Saint-Vincent-de-Paul, Vimont)
- Population estimée à 401 553 habitants en 2011, Laval est la 3^e ville la plus peuplée du QC; elle figure aussi parmi celles qui ont la plus grande superficie (246 km²; 1 641 habitants / km²)
- Laval est une banlieue très étendue, fortement résidentielle, légèrement industrielle et 30 % de son territoire est agricole
- Les zones les plus fortement peuplées sont Laval-des-rapides, Pont-Viau, Chomedey et Fabreville (2008)

Données populationnelles

- Projections de population (2006-2031) : croissance d'environ 30 % de la population vs 16 % au QC (2012)
- La population des 0-19 ans est la plus nombreuse : 23,6 % vs 21,7 % au QC (2011)
- 20 % d'immigrants à Laval vs 11,5 % au QC; $\frac{2}{3}$ sont de jeunes familles (2012)
- En 2006, 66 % de la population était de langue maternelle française, 7 % anglaise et 26 % allophone. En 2011, le français a perdu du terrain, principalement au profit de langues non officielles, telles que : l'italien, l'arabe, le grec, l'espagnol et l'arménien
- Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) : 21 % vs 24 % au QC (2006)

- Familles monoparentales avec un enfant de 17 ans et moins : 20,8 %
- Revenu annuel moyen par habitant (avant impôt) : 35 062 \$, semblable au QC (34 437 \$) (2011-2012)
- Taux de personnes sans aucun diplôme : plus bas que celui du QC (14,1 % vs 17,1 %). Avec certificat ou grade universitaire : 21,1 % vs 20,8 % au QC (2006)
- Taux ajusté moyen de mortalité par suicide—population totale (taux sur 100 000 habitants) : 11,1 % vs 15,6 % QC (2005-2007)

DÉPENSES ET RESSOURCES

- Dépenses publiques dans le programme santé mentale (SM) par habitant : nettement inférieures au QC, soit 67,57 \$ vs 137,15 \$ (2009-2010), excluant le financement au Pavillon Albert-Prévost pour les lavallois. Laval se classe au 16^e rang sur 18 régions
- Pourcentage de dépenses dans le programme SM pour organismes communautaires (OC) : 9,71 % vs 8,82 % au QC (2009-2010)
- Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval est le plus grand au QC, de par sa taille (18 installations) et sa population (2012)
- Proportion des services reçus par les lavallois : 55,4 % vs 33,1 % à des non lavallois (2009)
- Effectifs médicaux :
 - » En 2012 : 552 médecins, dont 290 omnipraticiens (en 2011 : 332) et 262 spécialistes (en 2011 : 250). Diminution d'omnipraticiens et augmentation de médecins spécialistes

- » La pénurie d'omnipraticiens à Laval est reconnue comme un obstacle à la réalisation du Plan d'action en santé mentale (PASM). Elle touche les cliniques privées, mais aussi les 5 équipes de 1^{re} ligne SM (2008). Deux équipes seulement peuvent compter sur le soutien de médecins (4 médecins à temps partiel)
- Taux de psychologues par 10 000 habitants : inférieur à l'ensemble du QC (6,94 vs 10,78) (2010-2011)
- Ligne Info-Santé et Info social : CSSS Laval (125 241 appels à Info-Santé) (2011-2012)
- L'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et le Centre ambulatoire forment, avec 5 CHSLD et 4 centres locaux de services communautaires (CLSC), le CSSS de Laval
- Le CSSS de Laval a établi un partenariat avec l'Université de Montréal-Démarches pour l'obtention de la désignation de centre affilié universitaire (CAU)

Ressources en 1^{re} ligne

- 4 CLSC
 - » CLSC de Sainte-Rose avec clinique sans rendez-vous
 - » CLSC des Mille-Îles avec 1 point de service
 - » CLSC du Marigot avec 2 points de service
 - » CLSC du Ruisseau-Papineau avec 2 points de service
- Centre intégré de services de 1^{re} ligne de l'Ouest de l'île (CISPLOI, point de service pour l'Ouest). CISPLOI a été implanté avec un comité aviseur formé des 3 groupes de médecins de famille (GMF) du secteur, afin de maximiser les liens avec les médecins et les équipes du centre
- 10 GMF (Centre médical Laval, Concorde, de la Cité-de-la-Santé de Laval, Le Carrefour médical, Médi-Centre Chomedey, Polyclinique médicale Fabreville, Sainte-Dorothée, Sainte-Rose, de l'Avenir, des Boisés-Jolibourg)
- 63 cliniques médicales; 44 cliniques médicales sans RDV, avec RDV et 19 cliniques spécialisées
- 103 OC, dont 10 OC en SM. Les principaux sont :
 - » L'Alpabem (supporte les proches)

- » Le Centre d'Implication Libre de Laval (CILL) offre des activités d'intégration (ex. centre de jour)
- » 1 suivi intensif variable (SIV) communautaire et le CAFGRAF
- » Ressource ATP, MASC / CHOC (prévention du suicide et prévention de la violence, clientèle masculine)
- » L'Arrimage (services d'intégration à l'emploi)

Ressources spécialisées

- **3 centres hospitaliers de services généraux et spécialisés** (CHSGS) offrent des services psychiatriques aux lavallois :
 - » Secteur Est—desservi par l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé du CSSS de Laval (167 825 habitants);
 - » Secteur Ouest—desservi par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Pavillon Albert-Prévost (hors territoire) (233 755 habitants). Cet hôpital participe aux instances de coordination du RLS en SM;
 - » Le Montreal Jewish Hospital dessert la clientèle anglophone de Laval, incluant celle que dessert l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- **Hôpital de la Cité-de-la-Santé**—512 lits de courte durée; 38 lits d'hospitalisation en SM
 - » Centre ambulatoire régional de Laval (CARL)
 - » 2 unités de médecine familiale (UMF), soit Cité-de-la-Santé et Marigot
 - » Urgence
 - » 6 lits en Unité de traitements transitoires (UTT)
 - » UTT mobile, cellule de crise (CDC) : évaluer et identifier les besoins, effectuer de la psychoéducation, supporter et orienter au besoin pour prise en charge à moyen terme. Interventions de crise et suivi étroit des personnes à risque suicidaire élevé
 - » Hôpital de jour / Centre de jour : offre des services thérapeutiques intensifs de groupe, complémentaires notamment aux cliniques externes ambulatoires, dans le but de stabiliser l'état de santé des personnes aux prises avec des problèmes de SM sévères et aigus (année 2011-2012 : 255 usagers)

» Clinique externe (4 équipes psychiatriques) : services médicaux et spécialisés multidisciplinaires avec une mission d'évaluation, de réadaptation, d'orientation, de soutien et de suivi thérapeutique pour des personnes ayant des troubles modérés à graves de SM. Il s'y ajoute une mission de soutien et d'accompagnement des proches. Dans une approche de rétablissement, il est possible de référer et d'effectuer un suivi de la clientèle dans les milieux de vie

• **5 Centres d'hébergement et de soins de longue durée** (CHSLD, 751 lits au total dont 9 lits pour SM à Idola-Saint-Jean) :

- » CHSLD de La Pinière
- » CHSLD de Sainte-Dorothée
- » CHSLD Fernand-Larocque
- » CHSLD Idola-Saint-Jean
- » CHSLD Rose-de-Lima

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS–MISSION CLSC

- Programme de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA) : relève de la Direction du regroupement santé mentale adulte (DSMA)
- Équipe SMA–4 430 usagers en SM desservis en 1^{re} ligne (cible 4 303) :
 - » Mise sur pied des équipes (dans les 4 anciens CLSC de 1989)
 - » Équipe dans 5 installations depuis 2010 (4 anciens CLSC et le CISPLOI)
 - » Professionnels – psychologues, travailleurs sociaux, infirmières cliniciennes, psychoéducateurs : 32 équivalent temps complet (ETC), excluant le guichet d'accès (GA) et un omnipraticien
- Omnipraticien au sein de l'équipe de Sainte-Rose. Liaison et prise en charge conjointe en développement avec les GMF du territoire
- Difficulté d'accès et de prise en charge par la 1^{re} ligne médicale
- Gamme de services en SM :
 - » Rencontre d'accueil systématique pour tous les usagers (par l'Accueil évaluation orientation ou par l'équipe SMA)

- » Équipe d'évaluation dans le milieu, équipe mobile : quelques intervenants du SIV font l'évaluation du client à domicile en support au GA en SM. La clientèle cible est une clientèle vivant des situations complexes et difficiles à cerner via la rencontre téléphonique. Le support au GA en SMA pourra se concrétiser de différentes façons, dont faire une pré-évaluation en duo à domicile ou une co-évaluation avec un autre regroupement et ce, dans le but de cibler les besoins de la personne (le requis de service), de statuer sur le regroupement clientèle et le service le plus approprié pour viser le rétablissement du client, de déterminer qui assumera les objectifs établis et d'identifier le pivot au dossier
- » Liaison médicale : le GA en SMA assure une rétroaction auprès des médecins pour le suivi de leur référence. Une garde téléphonique psychiatrique pour tous les médecins de 1^{re} ligne lavallois est en place. Cette garde de jour en semaine permet aux omnipraticiens de poser des questions ponctuelles sur la médication ou le traitement

- » Psychologues de l'équipe SM en cliniques médicales (actuellement : 1 ETC psychologue); consultation court-terme pour patients de médecins de 1^{re} ligne, dans 10 des cliniques associées au Projet réseau. Le projet compte aussi sur la présence d'infirmières réseau dans 14 cliniques ou GMF (3,8 ETC) – Clinique médicale St-François, Centre médical Laval, Le Carrefour Médical, Polyclinique médicale Concorde, Centre médical Samson, Clinique médicale de l'Avenir, Clinique médicale Monteuil, Clinique médicale Optimum, Clinique Dr Tanguay Beauchamp & Ass., Polyclinique médicale Fabreville, Clinique médicale Jolibourg, Médi-Centre Chomedey, Clinique des Docteurs Liboiron, Sainte-Dorothée
- Intervention de groupe pour 1^{er} épisode de dépression ou de trouble anxieux (offre régionale)
- Intervention en troubles alimentaires, du sommeil, de l'humeur (anxio-dépressif) et programme dédié aux troubles de la personnalité
- Intervention auprès de la clientèle avec troubles sévères et persistants long terme (protocole de transfert de la clientèle établi depuis 1999 entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne pour la clientèle stabilisée)
- Pairage entre professionnels répondants 1^{re} ligne SM et OC. Le professionnel répondant donne un soutien aux intervenants des OC et fait la liaison avec l'équipe SM lorsque requis
- Services ambulatoires de 1^{re} ligne en SM – collaboration avec le CILL. Le rôle du SIV offert par le CSSS de Laval et de l'OC est d'offrir des mesures de suivi et de maintien dans la communauté, de soutenir un processus de réadaptation et d'intégration sociale, de développer chez la personne des aptitudes individuelles afin d'accroître son autonomie, de prévenir les rechutes, d'écourter la durée des hospitalisations, d'améliorer la qualité de vie de la personne dans la communauté et de favoriser sa participation sociale. Les demandes sont analysées conjointement par la coordonnatrice du SIV du CSSS de Laval et par la coordonnatrice clinique du CILL. L'attribution à un service ou à un autre se fait en fonction de la complexité de la problématique que présente la personne, l'intensité des symptômes et le réseautage nécessaire autour de la personne
- Soutien d'intensité variable (SIV) :
 - » Volet spécifique « *out reach* » de l'équipe itinérante — pont entre la personne et les équipes institutionnelles et communautaires. Équipe itinérante primée 2010 (prix du Réseau des intervenants en itinérance de Laval (ROILL))
- » Interventions de type « *case management* »; intervenant pivot assigné à chaque usager (lien avec OC)
- » Nombre moyen d'adultes ayant reçu des services : 91,23 CSSS de Laval et 307,69 CILL, ce qui dépasse la cible de 338
- Programme des troubles relationnels complexes :
 - » Projet pilote 1^{re} ligne – Programme structuré régionalement auprès de la clientèle adulte avec troubles relationnels légers et modérés et offert par les équipes en 1^{re} ligne. Basé sur les meilleures pratiques, le programme combine une approche individuelle et une approche de groupe
- Groupe d'experts cliniques en SMA – Équipe SM (1^{re} vs 2^e ligne) déployée graduellement : un répertoire des expertises des intervenants de la direction de la santé mentale adulte (DSMA) a été établi afin de soutenir le partage des connaissances
- Intervention en gérontopsychiatrie (1^{re} vs 2^e ligne) considérée comme relevant de la 2^e ligne :
 - » Co-évaluation au besoin en collaboration avec la direction Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (DPPALV) et en déficience physique. Ces évaluations sont réalisées sur une base ponctuelle. Ce service s'adresse à des personnes souffrant de problématiques sévères, âgées de 65 ans et plus, demeurant dans l'Ouest de l'île (secteur du PAP) et dont la problématique psychiatrique est déstabilisée. Ils offrent un service d'évaluation psychiatrique et de suivi en ambulatoire à la clinique ou à domicile
- Services spécifiques / spécialisés du CISPLOI :
 - » Pour personnes vulnérables (maladies chroniques) et problèmes de SM
 - » Les services s'articulent autour de 4 GMF de l'Ouest de l'île (Centre médical Sainte-Dorothée, Médi-Centre Chomedey, Fabreville et le Carrefour médical) : interdisciplinarité et collaboration interprofessionnelle font partie des pratiques clés

- » Le CISPLOI accueille les ressources faisant l'objet d'une entente de transfert avec l'Agence de Montréal; actuellement les cliniques spécialisées du Pavillon Albert-Prévost desservent la clientèle lavalloise du secteur Ouest; un psychiatre en gérontopsychiatrie offre des services dans une installation de l'Ouest du territoire. Un protocole de transfert de ressources a été établi en 2010 avec l'ASSS de Laval et celle de Montréal. Mais ce dossier est toujours en attente d'actualisation
- » Le CISPLOI établit les assises d'un modèle intégré en SM pour l'ensemble de la population avec l'expérimentation du projet Cible qualité II
- » Il répond aux besoins de soutien des médecins en GMF et circonscrit les actions locales avec le suivi du comité adviseur
- Plateau technique en développement à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé en 2012-2013, pour mieux soutenir les médecins de famille
- Recherche de l'Institut national de santé publique du Québec et développement des pratiques cliniques : La DSMA participe au projet Cible qualité II qui vise notamment à supporter l'auto-traitement pour les troubles dépressifs et aussi à établir un meilleur arrimage entre les services de 1^{re} ligne et les GMF. Expérimenté avec l'équipe en SM du CISPLOI, ce projet permet aussi de préciser le rôle du psychiatre répondant dans une perspective de soins de collaboration en lien avec l'infirmière réseau des GMF, du pharmacien communautaire et de l'infirmière du GMF. La généralisation du modèle développé sera facilitée par un programme de transfert des connaissances auquel participe également la DSMA (ex. soins de collaboration, auto-traitement)
- La mise en œuvre des cibles du projet clinique se fait dans une démarche d'équipes de projet qui associe les intervenants des différents sites, ainsi que des différentes professions. Un comité de coordination des services de la DSMA, formé de représentants de l'ensemble des services de la DSMA, assure aussi un rôle de concertation et de cohésion en ce qui a trait à la 1^{re} et à la 2^e ligne

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- L'Îlot–Service régional de crise de Laval–a un mandat qui déborde de la SM, compte tenu de la dimension transversale de la problématique de la crise :
 - » Pour les joindre, la population doit contacter sa ressource communautaire ou le CSSS de Laval
 - » Ligne Prévention suicide Laval, 24h / 7 (1-866-APPELLE)–Support immédiat (les partenaires peuvent également appeler pour référer une personne ou pour consulter un intervenant)
 - » Service mobile d'intervention de crise (jour et soir, 7 / 7, un intervenant peut se déplacer dans la communauté pour évaluer la situation de crise et offrir du soutien. Référence possible à une ressource en hébergement ou recommandation d'hospitalisation. Entente de collaboration avec l'urgence
 - » Hébergement temporaire–Répit et amorce de transition (accompagnement professionnel)–1 à 2 semaines maximum; la personne est parfois redirigée vers un appartement de dépannage
 - » Suivi post-crise dans le milieu de vie; rencontre individuelle et avec le réseau familial ou social ou avec partenaires SSS
- Service de suivi étroit des personnes avec potentiel suicidaire élevé – Projet 2009 :
 - » Collaboration entre les centres hospitaliers (urgence générale et psychiatrique) dont l'infirmière de liaison au triage, médecin de garde, psychiatre, services d'hospitalisation, L'Îlot / CHOC (l'intervenant pivot) et la ressource régionale de suicide. Le service est implanté pour les jeunes sur l'ensemble du territoire, en lien avec l'équipe SM jeunesse du CSSS de Laval. Pour la clientèle adulte du secteur Est, les services sont bien implantés, les liens de collaboration sont bien établis avec l'urgence; cela n'a pu être établi pour le secteur Ouest desservi par l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

- » Soutien aux usagers, parents et proches (mandat régional) : Association lavalloise de parents pour le bien-être mental (ALPABEM) (soutien aux familles et à l'entourage d'une personne qui présente des manifestations cliniques reliées à un trouble majeur de santé mentale; information, aide et outils)
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) dont le mandat national est de promouvoir la SM, favoriser la résilience et le rétablissement des personnes. Elle agit aussi dans la défense des droits, l'éducation, la recherche et les services. Le point de service est à Montréal
- Fondation des maladies mentales : prévention dans le but de réduire la souffrance des personnes atteintes et celle de leurs proches, en mobilisant les individus et la société. Ses activités sont la sensibilisation, les formations et conférences aux gestionnaires et employés, l'offre de programme de sensibilisation à l'anxiété et à la dépression chez les aînés. Le point de service est à Montréal
- Autres associations :
 - » Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires
 - » Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP)
 - » Société québécoise et canadienne de la schizophrénie, Schizophrènes anonymes
 - » Association québécoise d'aide aux personnes souffrant d'anorexie nerveuse et de boulimie
 - » Association canadienne de troubles anxieux (ACTA)
- Ressource Régionale Suicide :
 - » Créée en 1994, la Ressource Régionale Suicide a pour mission d'offrir des services spécialisés pour l'ensemble du territoire lavallois en lien avec la prévention du suicide. Depuis 2006, elle complète l'offre de services de la DSMA (transférée à la Direction des services généraux en mai 2012)
 - » Services aux proches de personnes suicidaires : soutien téléphonique (1 à 3 semaines), rencontre de soutien et d'information en groupe
- » Services aux personnes endeuillées par suicide : soutien téléphonique et référence, groupes de soutien thérapeutique, groupe ouvert d'entraide mensuel (adultes, adolescents)
- » Formation (assure la diffusion de meilleures pratiques)
- » Réseaux sentinelles en prévention du suicide dont le but est de créer et de soutenir de nouveaux réseaux de sentinelles en visant en priorité les groupes à risque
- Service MASC de l'organisme CHOC :
 - » MASC offre de l'aide téléphonique, des rencontres d'évaluation individuelle, des groupes de soutien thérapeutique
 - » Le principal objectif de MASC est de rejoindre et d'aider les hommes à risque suicidaire de Laval par l'entremise d'un réseau de sentinelles, d'activités de sensibilisation, de rencontres individuelles et de groupe

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE CSSS – CHSGS

Gamme de services

- Hôpital de jour
- Cliniques externes
- Gérontopsychiatrie : ce programme établi en collaboration avec le PAP dessert le secteur Ouest du territoire. Pour le secteur Est, les cliniques externes desservent la clientèle âgée et une collaboration est établie avec le programme régional ambulatoire de gériatrie (PRAG)
- Programme des soins partagés
- Programmes spécialisés : pour le secteur Ouest, les services spécialisés de l'HSCM sont offerts sous la forme de cliniques spécialisées; ex. gérontopsychiatrie, trouble de la personnalité
- Services de consultation / liaison
- Soins spécialisés de SM à l'urgence, infirmière de liaison, liens avec la cellule de crise
- UTT (1 unité ouverte de 6 lits (244 admissions en 2011-2012)). Unité de traitement transitoire mobile : l'équipe se déplace pour évaluer des clients à l'urgence ou au débordement, évaluation et orientation immédiate à la cellule de crise)

- Cellule de crise (service d'évaluation et de traitement des personnes)
- Unités d'hospitalisation de courte durée (38 lits d'hospitalisation)
- Suivi intensif dans le milieu (SIM) :
 - » 2 équipes (continuum et trajectoire des services de suivi dans la communauté, DSMA)
 - » Nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services (au moins 2 rencontres) : 98,92 sur cible de 100
- Réseau d'hébergement en SMA :
 - » CRDI / DP (séjours excessifs, entente de collaboration)
 - » Corridor Supra régional
 - » Projet d'unité spécifique (en attente de financement)
 - » CHSLD Idola-Saint-Jean (PPALV) – 9 lits de longue durée en SM en 2008. Écart important avec le besoin estimé à environ 50
 - » Résidence de type ressource de réadaptation intensive (RRI, 10 places en 2011-2012)
 - » Ressources intermédiaires (RI, 9 résidences / 91 usagers en 2011, 9 ressources / 96 usagers en 2012)
 - » Ressources de type familial (RTF) (13 ressources / 86 usagers en 2011, 11 ressources / 75 usagers en 2012)
 - » Logements et domiciles supervisés (ressources transitoires et d'intégration) entre deux milieux de vie afin d'éviter l'hospitalisation ou pour la réduire :
 - L'Étape (0-60 jours, 10 places, triplex à vocation transitoire) est une ressource court-terme qui vise à supporter la réorganisation psychosociale des personnes référées
 - L'Écllosion est un projet d'appartements supervisés qui peut accueillir la personne pour une durée de 0 à 2 ans; 20 appartements qui gravitent autour d'un local communautaire permettant la rencontre des participants
 - Programme de supplément au logement (PSL, 4 unités en 2012) : la table de concertation pour l'hébergement et le logement social veut implanter le projet CLÉ, qui a été développé à Québec, afin d'élargir l'accessibilité à cette mesure

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SSS ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- Le Centre de réadaptation en dépendance de Laval-Alcool, drogues, jeu pathologique – collaboration avec les services psychiatriques (hospitalisation et clinique externe, hôpital de jour)
- Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de Laval (CRDITED de Laval, anciennement CRDI Normand-Laramée)
- La corporation santé mentale travail a été dissoute – La fonction de concertation est maintenant assurée par la table de travail en intégration à l'emploi, qui est en place depuis 2009. La table a précisé un cadre de référence dans ce domaine et a établi le continuum pour soutenir la personne dans sa démarche d'intégration. Ces travaux ont donné lieu à une entente de collaboration entre les services d'Emploi-Québec et ceux du CSSS de Laval afin de faciliter le processus de référence entre les deux organisations

LE GUICHET D'ACCÈS AU SERVICE DU TERRITOIRE – Depuis 2008

Le GA en SM est sous la direction de la SMA et du service de la 1^{re} ligne. Toutes les demandes n'y sont toutefois pas acheminées. Celles des usagers, des réseaux sentinelles et des OC sont reçues à l'accueil 1^{re} ligne centralisé, qui réfère au service approprié, dont

la Ressource régionale suicide. S'il y a lieu, elle redirige la demande vers le guichet SMA, mais seulement lors de références médicales demandant un service de 2^e ligne. L'accueil 1^{re} ligne réfère directement à l'équipe SM lorsque ces services sont requis

Personnel du guichet

- 5 ETC infirmières et coordonnatrices cliniques
- 2 ETC infirmières cliniciennes
- 5 ETC psychologues
- 5 ETC travailleuses sociales
- Psychiatre répondant selon le besoin

Si l'usager est connu, un mécanisme d'accès assure la poursuite de l'évaluation et l'orientation

Provenance des demandes acheminées au GA pour besoin de services de 2^e ligne

- Accueil 1^{re} ligne
- Autres directions cliniques
- Cliniques médicales, médecins de la communauté
- Autres établissements (urgence PAP ou autres CH)
- Autres guichets SMA (externes)

Fonction générale du guichet

- Porte d'entrée régionale facilement repérable, donnant une réponse rapide (PASM) aux usagers et aux omnipraticiens

Fonctions précises

- Pré-évaluation en 3 à 5 jours
- Orientation des cas
- Priorisation
- Information aux intervenants

Cas orientés vers la 2^e ligne

- Évaluation par le module évaluation liaison (MEL) ou les cliniques externes lorsque requis, selon les symptômes, modérés à sévères

Outils de fonctionnement

- Trajectoire spécifique pour un usager connu ou en attente d'un suivi en SM 1^{re} ligne avec référence médicale
- Formulaire de référence complété par le médecin et acheminé par télécopieur
- Formulaire de pré-évaluation du GA (Analyse 555 DSMA)

Attente

- En 1^{re} ligne, réponse du GA au référent dans un délai de 7 jours et à l'intérieur de 30 jours pour l'obtention d'un traitement. Délai actuel de 3,8 jours (en période # 9)

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

En 2011 : publication du « *Projet clinique, s'arrimer pour la continuité, la qualité et l'accessibilité* ». Fruit de 4 années de concertation régionale, ce document guidera la mise en œuvre du projet clinique d'ici 2016.

Concertation

- Modèle-structure de concertation régionale en santé mentale adulte (COC-RSI SMA)
- Le Comité d'orientation et de coordination du réseau de services intégrés (COC-RSI) tient 3 à 4 rencontres par année. Il est formé d'environ 20 membres qui représentent les partenaires du RLS (Centre de réadaptation en dépendance de Laval, 3 OC, groupe parents et proches,

Hôpital du Sacré-Cœur (PAP), personne usagère, 3 représentants de la DSMA du CSSS de Laval, 1 représentant de la direction des services généraux du CSSS de Laval, Service régional de crise, Urgence sociale de la Ville de Laval, groupes communautaires, Agence, Direction de la santé publique). Le comité assure un rôle de coordination et voit à la mise en œuvre du projet clinique en SM, dont la démarche a été amorcée en 2008 afin de préciser les cibles du projet clinique établies en lien avec les objectifs de transformation du PASM. Il valide les travaux des tables de concertation. Il est sous la coresponsabilité d'une codirection du psychiatre directeur des affaires médicales et du directeur de l'organisation des services

- Rencontres régionales des personnes utilisatrices de services : soutenu et formé par l'AGID, un chargé de projet qui a connu des problèmes de SM mobilise les utilisateurs de services dans des rencontres régionales qui se tiennent 3 à 4 fois par année. Les nouvelles technologies sont aussi mises à profit pour conserver le lien avec les personnes. Les rencontres régionales désignent des délégués qui participent aux travaux de différentes tables de concertation
- 5 tables de concertation : a) prévention du suicide et continuum de services pour personnes à risque suicidaire; b) soins partagés et continuum 1^{re} et 2^e ligne; c) intégration sociale : hébergement, et logement social qui vise notamment à développer un projet CLÉ (exemple de Québec) à partir de l'entente existant avec l'Office municipal d'habitation pour le PSL; d) intégration sociale : intégration à l'emploi qui a établi un cadre de référence et un continuum de services pour l'intégration à l'emploi e) services aux clientèles présentant des problématiques complexes, une cible transversale du projet clinique qui sera abordée dans une perspective régionale
- Mise en place d'une 3^e instance de consultation régionale en SMA réunissant des utilisateurs de services et une centaine de partenaires; présentation d'un avis sur les meilleures pratiques de prévention en SM. Présentation du portrait de santé de la population du point de vue de la SM. Contribution à l'identification des cibles du projet clinique en SM
- Forum du RLS de Laval (3^e édition) octobre 2011 – 200 personnes partenaires, bilan de la phase de planification et début de la mise en œuvre
- Réseau de services intégrés (RSI) en SM; démarrage de 4 équipes de projets en 2011-2012 qui visent l'atteinte des cibles du projet clinique, comme la préparation d'un cadre de référence en hébergement et logement social, la mise en place du projet CLÉ dans le domaine du logement, ou encore la précision de trajectoires pour la clientèle à risque suicidaire
- Entente entre le CSSS et L'Îlot (Service régional de crise) sur le suivi étroit des personnes suicidaires – Provenance de la clientèle : a) urgence médicale de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé; b) services psychiatriques ambulatoires dans le cadre du « Programme des troubles relationnels complexes » du CSSS
- Entente entre le CSSS et le Centre d'implication libre de Laval (CILL) (2008) sur les services SIV offerts par le CILL et service de suivi communautaire offert aux clients hospitalisés en psychiatrie à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Un montant récurrent permet également l'ajout de 1 à 2 intervenants en suivi communautaire, pour l'organisme
- Entente entre le CSSS et le Centre de réadaptation en dépendance de Laval (depuis 2009) sur : a) services dépendance / santé mentale pour la clientèle en ressource de réadaptation; groupe à l'Hôpital de jour; liaison à l'urgence afin d'assurer une continuité de service dans le but que la personne se rende aux services en dépendance; b) ajout d'un demi-poste d'intervenant du Centre de réadaptation en dépendance, affecté spécifiquement à la clientèle ayant des troubles concomitants et suivie par le SIM
- Entente entre le CSSS et l'Office municipal d'habitation de Laval (OMHL) sur l'accès au PSL et le service de suivi ponctuel. L'entente porte uniquement sur 4 mesures. On cherche à en élargir l'accès
- Nouvelle entente de collaboration 1^{re} ligne et 2^e ligne entre le CRDITED de Laval et le CSSS

Ententes de services et de partenariat

- Entente entre le CSSS et l'Agence de Montréal sur un transfert de ressources de 1,4 million \$

Entente de partenariat ou de collaboration avec OC – 14 ententes

- Pairage entre un professionnel de la DSMA en 1^{re} ligne et un organisme du milieu, soutien et liaison
- Cafgraf : troubles de SM – insertion sociale – activités de loisir dans les ressources non institutionnelles (RNI)
- L'Aviron : itinérance – hébergement (suivi clientèle hébergée par l'équipe itinérante)
- Le Réseau des organismes et intervenants en itinérance à Laval – Hébergement

- Relais communautaire de Laval : personnes démunies – Certaines avec troubles de SM – Dépannage, soutien
- L’Oasis : itinérance – dépistage et soutien
- Les Habitations populaires Vincent-Massey : troubles de SM : hébergement, soutien
- La souprière : personnes démunies, certaines avec troubles de SM – dépannage et soutien
- Soupe populaire Saint-Maxime : personnes démunies, certaines avec troubles de SM – dépannage et soutien. Un intervenant de l’équipe itinérance assure un soutien comme répondant auprès de l’organisme
- Carrefour d’intercultures de Laval : un intervenant assure une présence auprès du groupe, réalise des interventions de groupe avec les intervenants de l’organisme; il réfère au besoin aux services appropriés
- ALPABEM : proches de personnes aux prises avec troubles de SM (conférences grand public), un répondant de l’équipe SM 1^{re} ligne réalise des interventions de groupe conjointes
- Carrefour Jeunesse-Emploi : adultes en recherche d’emploi dont certains avec troubles de SM
- *Carpe diem* : personnes en probation dont certaines avec troubles de SM
- Jeunes au travail : adultes en recherche d’emploi dont certains avec troubles de SM
- Ressource ATP : auto-traitement pour personnes anxieuses et présentant un trouble panique (groupes de soutien, pair aidant)
- Tournée de la direction des différentes installations afin de permettre aux membres de mieux connaître les services et de mieux comprendre la réalité de l’établissement
- Mise en application de la loi modifiant le code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la SM et des relations humaines : techniciens en assistance sociale vs travailleurs sociaux; techniciens en réadaptation physique vs physiothérapeutes et ce qui a trait aux ordonnances collectives
- Utilisation de données intégrées en CSSS dans toutes les installations pour un meilleur suivi des dossiers des usagers dans le continuum de soins : I-CLSC, Med-Écho (logiciel MAGIC)
- Sondages sur la satisfaction des usagers par le Service de la coordination des programmes qualité. Les résultats de ces sondages ont fait l’objet d’un suivi auprès des équipes concernées (SM)

Monitoring des activités

- Suivi des ententes de gestion et d’imputabilité
- Travaux liés à la visite d’agrément et à la mise en œuvre des pratiques organisationnelles requises (POR). Les cibles du projet clinique tiennent compte des meilleures pratiques que vise l’agrément en SM et pour les maladies mentales. Notamment, le cadre de référence régional pour les maladies chroniques propose le modèle de Wagner, qui est aussi recommandé par l’agrément pour la maladie mentale. Pour la SM, les services de 1^{re} ligne sont en voie d’être réorganisés en fonction des soins par étape; ce qui rencontre les objectifs de l’agrément concernant la continuité des services

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles cliniques et guides de pratique

- Cadre de référence – Programme d’intervention pour les personnes ayant un profil de trouble de la personnalité léger à modéré (personnalité limite, histrionique, narcissique ou dépendante) :
 - » Le responsable est la DSMA du CSSS
 - » S’inscrit dans la mise en place d’une offre de services de 1^{re} ligne pour cette clientèle. Services à 2 volets : volet 1 – suivi intensif et volet 2 – suivi de support
 - » Des services pour cette clientèle sont aussi offerts en 2^e ligne à l’hôpital de jour de l’Hôpital de la Cité-de-la-Santé et par une clinique spécialisée à l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pavillon Albert-Prévost)
- Cadre de référence sur l’intervenant pivot – RLS SMA en cours de réalisation :
 - » Soutien au rétablissement
 - » Interlocuteur principal qui s’assure que la personne et ses proches sont accompagnés
 - » Est en lien avec l’ensemble des intervenants de l’établissement impliqués auprès de la personne et de sa famille

- » Il coordonne notamment le plan d'intervention interdisciplinaire de l'établissement (PII)
- » Utilisation du PSI : le cadre est établi afin de mieux baliser les collaborations entre les différents niveaux de services, notamment les partenaires intersectoriels; il s'appuie cliniquement sur le modèle de Wagner
- Cadre de référence–Le protocole PASCAL–Continuité de services pour clients à haut risque suicidaire
- Mécanismes de concertation clinique par le groupe AGIR : en contexte de violence conjugale ou de risque suicidaire et homicidaire élevé
- Cadre de référence pour les pratiques préventives en milieu clinique en lien avec les saines habitudes de vie (direction de la prévention-promotion en collaboration avec la DSMA; en élaboration)
- Cadre de référence pour l'hébergement. Le cadre de référence est préparé par la table de travail sur l'intégration sociale : hébergement / logement. Le cadre repose sur une vision partagée du rétablissement afin de diversifier l'offre en matière d'hébergement, de logement avec soutien et notamment l'accès au PSL. Le cadre précise le mécanisme d'accès qui est actuellement en implantation, celui-ci veut aussi clarifier le rôle de soutien de l'intervenant pivot pour établir la démarche de rétablissement avec la personne, avec la collaboration de la ressource d'hébergement

Outils partagés entre organisations

- Répertoire des ressources en SMA – Pour favoriser l'échange d'expertise et le soutien par les pairs, dans le cadre du comité motivation, bien-être et reconnaissance au travail en SMA

Soins partagés – Psychiatre répondant

- Psychiatre répondant – Total de 169 demi-journées par an
 - » 2,5 demi-journées / semaine disponibles pour les CLSC (situation actuelle pour l'ensemble des CLSC)
 - CLSC de Sainte-Rose
 - CLSC du Marigot
 - CLSC des Mille-Îles
 - » 0,75 demi-journée / semaine disponible pour UMF et GMF (situation actuelle pour l'ensemble)

- UMF Cité-de-la-Santé
- UMF du Marigot
- GMF Polyclinique de la Concorde
- GMF Centre Médical Laval

- Rôle et modalités de soutien du psychiatre répondant auprès de l'équipe SMA : les équipes 1^{re} ligne sont rencontrées périodiquement par les psychiatres. Ils participent aux discussions de cas, supportent le travail des médecins, pour les équipes qui en sont pourvues
- Ils assurent aussi un soutien téléphonique

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Entre la 1^{re} et la 2^e ligne :
 - » Implantation du modèle régional de soins partagés entre le CSSS et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal par le rôle des « psychiatres répondants » auprès de la 1^{re} ligne SM et des cliniques médicales
 - » Collaborations entre les départements de psychiatrie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et du Pavillon Albert-Prévost en SIM et en gérontopsychiatrie (liens de collaborations pour la clientèle)
 - » Transfert de la 2^e à la 1^{re} ligne des personnes ayant un trouble sévère et persistant stabilisé
 - » Participation régulière de psychiatres répondants de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé aux rencontres cliniques des équipes SM de 1^{re} ligne
- En 1^{re} ligne :
 - » Collaboration de psychologues des équipes SM avec les cliniques médicales : consultations court-terme pour patients de médecins exerçant dans les cliniques associées aux projets réseaux (10 cliniques rejointes)
 - » Collaboration avec l'organisme CILL (SIV)
 - » Pairage de professionnels répondants avec les OC
 - » Collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Laval (consommation, drogues, jeu pathologique)

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

Formations initiées par le territoire et le CSSS

- Formation au GA au moment du démarrage :
 - » Dans un premier temps, formation destinée aux infirmières, aux membres du Comité d'amélioration et aux équipes en SM. Accent sur les approches probantes en soins partagés
- Formation aux omnipraticiens de pratique privée :
 - » Élaboration du programme par le Comité d'amélioration à partir des besoins exprimés par les omnipraticiens lors des références
- Plan de développement continu des compétences établi par le programme SM 1^{re} ligne en fonction des besoins identifiés avec les intervenants
- Formation aux intervenants en dépendance – 27 intervenants de 1^{re} ligne formés, dans plusieurs secteurs de Laval
- Formation aux intervenants (DSMA) sur l'approche rétablissement – Formation continue (une formation élargie aux intervenants de la DSMA a été offerte en 2010; la formation de l'AQRP a été offerte à l'ensemble des ressources d'hébergement)
- Programme de transfert des savoirs (Fondation CSSS de Laval) :
 - » Objectif : accès à l'expertise de 2^e ligne par la 1^{re} ligne et la communauté, afin de faciliter la prise en charge de la clientèle en clinique médicale
 - » Participants : a) médecins en GMF et en clinique privée, infirmières réseau dans les cliniques médicales et pharmaciens; b) intervenants de l'équipe SMA; c) intervenants de la communauté; d) intervenants des services psychosociaux généraux et de Famille-Enfance-Jeunesse
- Formations médicales continues – sous forme de conférences (annuellement)
- Formation des gestionnaires et des intervenants (suicide) :
 - » Évaluation du risque suicidaire notamment
 - » Le « Guide des bonnes pratiques en prévention du suicide » du MSSS 2010 est l'outil utilisé

Jardins-Roussillon

CONTEXTE

Régional

- Région semi-urbaine et périphérique; 2^e région la plus peuplée au Québec (QC) (2008)
- La Montérégie est un pôle régional d'immigration et environ 11 % des immigrants de la Montérégie vivent dans le RLS (2011)
- Croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus : 10 % plus élevée en Montérégie qu'au Québec (QC, estimation 2008-2018). Jardins-Roussillon est le RLS de la région où le vieillissement de la population est le plus lent (2008)

Réseau local de services socio-sanitaires

- Territoire et population du RLS : 25 municipalités, 204 000 habitants; 4^e territoire en importance pour la taille de sa population (14 % de la Montérégie) et 3^e en importance pour sa superficie et sa densité populationnelle. Territoire désigné pour la population de langue anglaise
- Disparités socioéconomiques importantes dans le RLS (2008)
 - » Le Secteur Kateri est le plus favorisé, le plus peuplé et le plus jeune
 - » Le Secteur Châteauguay est le plus défavorisé et a la plus forte proportion d'immigrants non francophones
 - » Le Secteur Jardin du Québec fait face à un vieillissement rapide de sa population. Il a la proportion la plus élevée de personnes moins scolarisées et son secteur agricole est le plus important
- Près de 5 % de la population du RLS est autochtone
- Le taux ajusté de mortalité par suicide du RLS est plus faible que celui de la Montérégie et du QC (2000-2003)

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Les dépenses publiques régionales dans le programme SM par habitant sont inférieures à celles du QC (82,11 \$ vs 137,15 \$); 15^e rang sur 18 (2009-2010)
- Le pourcentage de dépenses régionales du programme SM consacrées aux organismes communautaires (OC) est supérieur à celui du QC : 11,77 vs 8,82 (2009-2010)
- 11 RLS, 7 établissements de santé régionaux ou sous régionaux (2008)
- La région est dépendante des services ambulatoires de Montréal-Centre et des services de ses psychiatres (27 de Montréal-Centre) (2009)
- Taux régional de psychologues par 10 000 habitants : inférieur à l'ensemble du QC (7,47 vs 10,78) (2010-2011)
- Ligne Info-social et ligne Info-santé

Local

- Pénurie de main-d'œuvre importante dans le RLS : 1) pas de finissants; 2) manque d'expérience en santé mentale adulte (SMA); 3) en 2007-2008, aucun transfert d'effectifs en 1^{re} ligne, taux élevé de roulement du personnel (14 %) ainsi que difficulté de rétention et de relève des cadres
- Ajouts en 2012 de ressources humaines : 1) coordonnatrice liaison urgence psychiatrique-RLS et programme dépendance; 2) projets pilotes : poste d'infirmier de soir et un infirmier SM dans 1 clinique réseau 3 jours / semaine
- Près du quart des adultes du RLS sans médecin de famille – idem dans la région et le QC

- Dans le RLS, environ 120 OC pour différentes problématiques et des organisateurs communautaires en santé et services sociaux (2009-2012)
- Programme de récupération des seringues et programme d'utilisation de drogues injectables

Ressources en 1^{re} ligne

- CLSC de Châteauguay, CLSC Jardin-du-Québec, CLSC Kateri et 8 autres points de services
- 9 ressources non institutionnelles (RNI); manque de places en hébergement
- 21 cliniques médicales
- 150 médecins et pharmaciens

- Une soixantaine d'OC en SM en Montérégie

Ressources spécialisées

- Clinique externe services de 2^e ligne SM – Point de services CSSS à Saint-Constant – Évaluation, traitement, suivi, réadaptation et soutien à l'équipe SM 1^{re} ligne
- 1 centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) : Centre hospitalier (CH) Anna-Laberge
- Certains usagers du territoire sont hospitalisés à l'Hôpital Charles-Lemoyne et suivis par d'autres CSSS de la région
- 3 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) : Châteauguay, La Prairie et Saint-Rémi

OFFRE DE SERVICES DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC – 833 USAGERS DESSERVIS EN 1^{RE} LIGNE (ENVIRON 25 % DE LA POPULATION CIBLE)

Une équipe SMA dans 2 points de service (Saint-Constant et Châteauguay) – Ajout de postes cliniques à 41 % du requis, ce qui est nettement inférieur au seuil critique de 80 % pour actualiser le guichet d'accès (GA); 1 médecin dans l'équipe pour clients orphelins; réunions périodiques (aux 15 jours) avec psychiatre répondant, pour situations complexes.

- Évaluation psychologique, psychosociale
- Réception et traitement des demandes du GA
- Fonctions de liaison / pivot – a) auprès des omnipraticiens (pour clients de l'équipe SM : communications, synthèse d'évaluations, impressions diagnostiques et traitements envisagés par le psychiatre répondant); b) auprès des OC, pour suivi d'intensité variable (SIV); c) auprès des urgences hospitalières (planifié 2009)
- Suivi intensif (SI)
- Soutien de l'équipe SMA aux autres ressources de 1^{re} ligne du territoire (discussions de cas, orientation pour les dossiers complexes)
- Présence d'un infirmier en SM dans une clinique réseau, 3 jours / semaine (avril 2012, projet pilote, durée de 15 mois)

- Intervention en situation de crise suicidaire (priorité 2008 du CSSS) en collaboration avec les ressources du RLS
- Programme des troubles de personnalité dans les services de 1^{re} ligne
- Centre / activités de jour pour jeunes adultes
- Services résidentiels : 55 places en ressource intermédiaire et ressource de type familial (RI et RTF). Peu de ressources de transition à durée limitée

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Sensibilisation / groupe psychoéducatif, répit, groupe d'aide pour familles et proches – L'accolade
- Prévention – Réseau de sentinelles (OC avec le CSSS)
- Intervention en troubles relationnels : Maison sous les arbres (MSLA), Action sur la violence et l'intervention familiale (AVIF) et Maison Le Goéland
- Repas gratuits / prix modique : Rencontre Châteauguaise et autres. 1 comptoir vestimentaire
- Activités de défense des droits des assistés sociaux – Réseau d'information et d'aide aux personnes assistées sociales (RIAPAS)

- Réadaptation psychosociale et intégration sociale (SIV) : Maison Le Goéland (80 places, 4 intervenants) et MSLA (40 places, 2 intervenants). Ratio de 1 / 18. Un intervenant de liaison par OC et un du CSSS

» Client avec potentiel de réadaptation, peut avoir besoin d'hospitalisations à répétition, troubles graves, condition clinique complexe, 18 ans et plus (ou près d'être adulte), peut avoir une légère déficience intellectuelle (DI) ou une dépendance, besoin d'un pivot pour coordonner les services, présente un risque significatif de détérioration clinique ou sociale en l'absence de SIV. Exclusion : troubles transitoires / occasionnels, trouble de personnalité, DI modérée à sévère et dépendance, si non associé à un trouble de l'axe 1

» De 2 à 7 contacts par période dans le milieu de vie / le quotidien de la personne. Soutien aux activités de la vie domestique et quotidienne (AVD et AVQ, développer les habilités pour devenir plus autonome et maintenir les acquis); collaboration avec le centre de crise, le CRD, etc.; plan d'intervention (PI) pouvant impliquer une équipe multidisciplinaire, les usagers et les proches, les services de réadaptation, etc.

- 4 groupes d'entraide en SM
- 1 centre d'intervention de crise (MSLA) : service téléphonique; services mobiles entre 8 et 16h, 7 jours / semaine; 3 lits de crise entre 8h30 et 21h; pas d'encadrement pendant la nuit; suivi de crise, intervention auprès des proches, des endeuillés. Autres ressources de crise : Maison le goéland et Aux Toits d'Émile
- OC d'hébergement (appartements supervisés entre autres) : Maison le Goéland, Aux Toits d'Émile et la MSLA

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE CSSS – CHSGS

- Clinique externe du CSSS à St-Constant, services de 2^e ligne en SM pour l'Est du territoire : évaluation, traitement, suivi, réadaptation et soutien à l'équipe SM de 1^{re} ligne
- CH Anna-Laberge / Centre de formation en soins infirmiers (24 lits en psychiatrie, court et moyen séjour), urgence psychiatrique, hôpital de jour
- Service de psychogériatrie

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ET INTERSECTORIELS IDENTIFIÉS

- CRD Le Virage (dépendances) : service de désintoxication. En crise : la personne est dirigée vers l'urgence en toxicomanie à Montréal, faute de ressources sur le territoire
 - » Intervention de groupe pour troubles psychotiques chez les jeunes adultes avec trouble concomitant en dépendance; collaboration du CSSS
- Centre local d'emploi (CLE)
- Municipalités
- Secteur de l'Éducation : École de formation professionnelle de Châteauguay
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDI – TED) Montérégie-Est
- Services de réadaptation Le Renfort

LE GUICHET D'ACCÈS AUX SERVICES DU TERRITOIRE

GA unique en place **depuis 2008**. Auparavant : a) difficulté importante de référence et de continuité de l'information entre les dispensateurs de services (besoin d'un processus favorisant les liens) et b) difficultés liées aux multiples portes d'entrée pour l'accueil, l'évaluation et la référence

Le personnel du guichet comprend de 2 à 3 infirmières (dont 1 infirmière clinicienne)

Cheminement de la demande en 2 parcours

- Personne connue des services : la demande est traitée à l'accueil du CLSC (Accueil Évaluation Orientation)
- Personne non connue des partenaires ou non inscrite aux services de SM 1^{re} ligne : la demande est traitée par le guichet d'accès (GA)

Autres mécanismes d'accès

- Mécanisme pour l'hébergement de crise et plus largement, pour l'hébergement SM (planifié en 2009)
- Accès aux ressources résidentielles du CRD Le Virage

Fonctionnement du guichet

- **L'agent de liaison** (infirmière / infirmière clinicienne) communique avec le patient référé par le médecin ou autre professionnel; elle le rencontre en évaluation et demande au professionnel référent de remplir la fiche d'information / évaluation du client et de l'envoyer par fax
- L'infirmière clinicienne **évalue** la demande et **oriente** le client :
 - » Vers la 1^{re} ligne pour un suivi
 - » Vers la 2^e ligne pour une évaluation ou pour un transfert
 - » Elle discute avec le médecin répondant pour décider de l'orientation
 - » **Elle informe le professionnel référent** et lui envoie le rapport d'évaluation

Outils de fonctionnement

- Formulaire de consultation pour référence des médecins

- Formulaire d'évaluation clinique pour traitement de la demande par le GA
- Lettre de suivi qui informe le médecin que le patient a été vu et évalué par l'infirmière clinicienne du GA; l'évaluation est jointe ainsi que le lieu de la référence
- Une autre lettre est envoyée si le patient n'a pu être joint
- Le formulaire de référence est normalisé

Attente

- Délai moyen d'accès à l'accueil évaluation orientation (AÉO) pour traitement en SM (ambulatoire 18 ans et plus) suite à l'inscription au guichet : RLS 1,9 j; régional 5 j et QC 5,2 j (2010-2011)
- La proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours est identique à celle du QC (0,04 %). La Montérégie se classe au 5^e rang sur 15 régions (2009-2010)
- Le délai moyen d'accès (régional) à l'AÉO pour SIV, suite à l'inscription au guichet, nettement supérieur à celui du QC (22,6 j vs 2,9 j) (2010-2011). Le pourcentage d'usagers en SIV du territoire a atteint ¼ de la cible prévue en 2009

STRATÉGIES D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Projet clinique

- Le projet privilégie l'approche pour maladies chroniques

Concertation santé services sociaux

- Comité de coordination stratégique de la Montérégie – Mise en place du Réseau clinico-administratif santé psychosociale adulte (groupe de travail pour préciser les stratégies de déploiement des services de 1^{re} ligne SMA) : l'Agence, les 11 CSSS, l'Hôpital Charles-Lemoyne, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, la direction régionale de médecine générale (DRMG), le CRD Le Virage, le CRDI-TED et les Services de réadaptation Le Renfort

- Concertation avec les usagers pour la mise sur pied de l'équipe SMA
- La concertation inter établissements et inter organisations du RLS est assumée par le coordonnateur du programme SM avec les OC, le médecin, les GMF, les psychiatres consultants et répondants
- Comité de suivi du plan d'action en santé mentale avec les partenaires

Concertation intersectorielle

- Table de concertation intersectorielle pour formaliser les ententes de services et protocoles de collaboration
- Comité des partenaires externes au RLS

- Entente de partenariat avec l'École de formation professionnelle de Châteauguay

Ententes de services

- Services SIV – Maison le Goéland : le CSSS assure un corridor de service pour la clientèle référée; il y a des agents de liaison en CSSS et en OC; discussion avec le CSSS avant la fermeture d'un dossier; services en complémentarité avec les partenaires du RLS
- Services SIV – MSLA : entente identique à celle ci-dessus, sauf pour le nombre d'usagers
- Centre d'intervention de crise et loi P 38 – MSLA : pour toute personne qui traverse une période de crise, soit psychosociale, psychotique ou suicidaire; évaluation et intervention téléphonique, rencontre individuelle, suivi, SI pour haut risque suicidaire, etc. Entente 2008 : rejoindre 50 usagers de plus par an; offrir des services mobiles entre 8 et 16h, 7 jours / semaine, lit de crise supplémentaire (3^e lit); 2 répondants dont un agent de liaison du CSSS et un de l'OC
- Dépendance – CSSS (Clinique de 2^e ligne St-Constant) / CRD Le Virage – Surtout pour jeunes psychotiques avec trouble de dépendance. Cible de 6 références au Virage par an; services : évaluation, traitement (individuel-groupe), suivi, réadaptation; PI; soutien à l'équipe SMA. L'usager doit avoir été référé par un omnipraticien en évaluation psychiatrique
- Services du psychiatre répondant – CSSS / CH Anna-Laberge : pour les équipes SM jeunesse et adulte en 1^{re} ligne

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Dossier clinique informatisé unique – Pour tous les points de services et pour les trois missions (CLSC, CH et CHSLD)
- Évaluation auprès de l'équipe SMA 1^{re} ligne des résultats des activités de soutien clinique du psychiatre répondant
- Gestion de la confidentialité de l'information (ex. lors d'une demande d'évaluation en 2^e ligne) (CSSS)

- La clinique externe 2^e ligne St-Constant et le CRD Le Virage ont des indicateurs de suivi : nombre de soutiens cliniques auprès du CRD, nombre de groupes, d'usagers, de PSI. Rapport d'évaluation de monitoring et 2 rencontres par an pour évaluer l'entente
- Le SIV par la MSLA et la Maison Le Goéland : remise au CSSS d'un rapport de la clientèle desservie et des délais d'attente; reddition de comptes à l'Agence (ASSS); évaluation de la qualité des services avec l'outil LOGOS (programme d'auto-évaluation développé en collaboration avec la santé publique); rencontre des répondants / agents de liaison (CSSS et MSLA) 4 fois par an, la 1^{re} année de l'entente; bilan annuel et ajustements si requis. Litiges réglés par l'ASSS
- Centre d'intervention de crise et loi P 38 – MSLA : bilan annuel avec le CSSS et ajustements si requis
- Évaluation continue de la satisfaction de la population à l'égard de l'accessibilité et de la qualité des services et des résultats obtenus (2005)

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et PSI

- Protocoles de référence et trajectoire de soins
- Convention sur les modalités de référence entre OC et CSSS pour la clientèle SIV
- Si le client suivi en 1^{re} ligne a besoin d'une évaluation psychiatrique, il est dirigé vers la clinique externe de 2^e ligne (si demande de consultation d'un omnipraticien) ou à l'urgence si nécessaire
- Trajectoire de soins concertée pour problématique suicidaire : mise au point d'un algorithme sur la trajectoire de services en lien avec cette problématique
- Utilisation du modèle de planification du congé de l'usager à sa sortie de l'hôpital
- Implantation du bilan comparatif des médicaments (planifié pour 2012)
- Utilisation du PSI
- Augmentation du nombre de PSI pour faciliter la prise de décision clinique et la coordination entre organisations (planifié en 2009)

- Protocole pour le suivi des usagers avec troubles concomitants SM-dépendance, suivis conjointement par le CRD Le Virage et la Clinique externe 2^e ligne St-Constant (CSSS)
- Protocole pour les usagers SIV : MSLA et Maison Le Goéland
- Uniformisation du plan de soins (ou services) individualisé utilisé par tous les partenaires du RLS

Outils partagés entre organisations

- Outil clinique pour l'évaluation de la demande par le GA
- Grille d'évaluation des besoins

Soins partagés – Psychiatre répondant – Depuis 2010

- 7 psychiatres répondants (dont 1 pédopsychiatre) CH Anna-Laberge
- 2 demi-journées par semaine et ½ journée par 2 semaines pour les plus de 65 ans – *Pas de garde téléphonique*. Accès des omnipraticiens par le biais de l'intervenant pivot de l'équipe SM. Dans certaines circonstances, le psychiatre répondant fait des recommandations sur des aspects spécifiques de l'investigation, du diagnostic ou du traitement
- Rôles : soutien / supervision clinique; conseils en évaluation, investigation complémentaire, hypothèses diagnostiques, gestion de cas difficiles; avis sur des partenariats à instaurer dans le RLS pour des soins de collaboration; information / enseignement de base (pathologies, traitements usuels); informations administratives (régimes de protection, Commission de la santé et de la sécurité au travail, indemnisation des victimes d'actes criminels, procédures judiciaires, etc.); discussions sur les niveaux de soins et orientation des cas par le GA; explication des modalités d'accès à la 2^e ligne, lorsque requis; soutien en situation de crise, en fonction d'heures établies
- La liste des clients dont la situation sera discutée est fournie au psychiatre répondant; les données cliniques sont déjà colligées, les présentations de cas sont faites sous forme de synthèse, le contenu de discussion en la présence du psychiatre répondant sera colligé dans un dossier informatique Hélios afin d'être accessible le jour même. Au besoin, des notes supplémentaires peuvent être inscrites directement au dossier informatique par le psychiatre répondant

- Collaboration du psychiatre répondant avec l'équipe SMA et le GA pour une orientation du client vers l'omnipraticien, le clinique externe SM 2^e ligne ou l'urgence hospitalière

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- En prévention : OC, en collaboration avec la Commission scolaire
- Accueil : CSSS et cliniques médicales et privées (infirmiers de liaison 3 jours / semaine)
- Co-intervention de groupe en dépendance – CRD Le Virage et CSSS à la Clinique externe St-Constant (2^e ligne) : traitement intégré de la psychose toxique en collaboration avec les partenaires du milieu. Selon le Conseil québécois d'Agrément (CQA), plusieurs éléments de cette démarche font partie d'une « pratique clinique exemplaire »
- Au besoin, il y a un suivi conjoint SIV – MSLA et CSSS
- Intervention auprès des hommes violents : policiers et AVIF, avec la collaboration du CSSS (référence)
- Intervention en situation de crise : policiers, centre de crise, avec la collaboration du CSSS (protocole pour suivi étroit)
- Intervention auprès des endeuillés par suicide (postvention) : CSSS et MSLA (référence)
- Accompagnement pour obtention d'une ordonnance psychiatrique : OC-SIV, avec la collaboration du CSSS
- Urgence hospitalière : CSSS, avec la collaboration des policiers
- Évaluations :
 - » Psychiatrique : CSSS, collaboration avec CH Charles-Lemoyne, autres CSSS et Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) McGill
 - » Psychosociale : CSSS, CR (s'il y a lieu), CH Charles-Lemoyne, OC, autres CSSS et ressources privées, collaboration RUIS McGill (peu développée)
- Hospitalisation : CSSS (CH Anna-Laberge), CH Charles-Lemoyne et autres CH (pas de lit disponible en pédopsychiatrie)

- Intégration socioprofessionnelle : SEMO-SDEM, Carrefour jeunesse emploi, CLE, en collaboration avec le CSSS et Création Goéland
- Récupération des seringues : CSSS et pharmacies (programme UDI)
- Réseaux sentinelles en prévention du suicide : CSSS, en collaboration avec OC

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Formation de tous les intervenants du CSSS sur l'évaluation du risque suicidaire et formation sur la « crise suicidaire » : MSLA, collaboration CSSS et CR
- Formation sur le dépistage et la détection des problématiques de consommation, par le CRD : tous les intervenants de l'équipe SM 1^{re} ligne, entre autres
- Formations spécifiques pour le personnel du CSSS, selon les habiletés à développer
- Formation des préposés aux bénéficiaires (Oméga) : partenariat avec l'École de formation professionnelle de Châteauguay
- Formation sur l'outil d'évaluation standardisé du RLS
- Planifié : formation auprès des familles

Richelieu- Yamaska

CONTEXTE

Régional

- Région semi-urbaine et périphérique
- 2^e région la plus peuplée au Québec (QC) (2008)
- 2 territoires autochtones : *Kahnawake* et une partie d'*Akwesasne*
- La Montérégie est un pôle régional d'immigration – croissance de 67 % de l'immigration dans le RLS, depuis 2006 (2012)
- Croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus : 10 % plus élevé qu'au QC (estimation 2008-2018) – similaire dans le RLS
- La proportion de la population de la région ayant tenté de se suicider au cours de sa vie est plus élevée qu'au QC (+0,6 %)
- Le niveau de soutien social est supérieur à celui du QC (78,6 % vs 75,1 %)

Réseau local de services sociosanitaires

- Territoire et population du RLS : 2 405 km²; 206 000 habitants; 85,7 habitants / km²; dans 37 municipalités
- Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) est affilié à l'Université de Sherbrooke
- 22 % de la population des 25 ans et plus du RLS est sans diplôme du secondaire; 9,7 % de la population est sous le seuil de faible revenu et il existe un écart croissant entre riches et pauvres
- Taux de mortalité par suicide du RLS : 13 pour 100 000 habitants en 2009. Au QC selon les données provisoires, 1 069 suicides ont été enregistrés. Soit 13,5 décès pour 100 000 personnes. Le nombre ajusté de mortalité par suicide en Montérégie est de 165 personnes pour un taux de 11,4 % pour 100 000 personnes
- La prévalence de l'abus-dépendance est de 5,2 % chez les 15 ans et plus, soit 10 660 personnes

DÉPENSES ET RESSOURCES

Régional

- Les dépenses publiques régionales dans le programme santé mentale (SM) par habitant sont inférieures à celles du QC (82,11 \$ vs 137,15 \$) (2009-2010). La Montérégie se classe au 15^e rang sur 18 régions
- Le pourcentage de dépenses régionales du programme SM qui est alloué aux organismes communautaires (OC) est supérieur à celui du QC (11,77 % vs 8,82 %) (2009-2010)
- La région comprend 11 RLS, 7 établissements de santé régionaux ou sous régionaux (2008)
- Pénurie de main-d'œuvre (2011) – idem au QC
- Près du quart des adultes de la région sont sans médecin de famille – idem au QC. 19 % de la population du RLS est sans médecin de famille (2008)
- Le taux régional de psychologues par 10 000 habitants est inférieur à l'ensemble du QC (7,47 vs 10,78) (2010-2011)
- 54 OC en SM en Montérégie
- Ligne Info-social et ligne Info-santé (2012)

Ressources de 1^{re} ligne

- 3 CLSC
 - » CLSC des Maskoutains – 3 points de services
 - » CLSC de la MRC d'Acton – 1 point de services
 - » CLSC des Patriotes – 2 points de services. Augmentation de 25 % des consultations en services sociaux aux adultes et des demandes pour rencontrer un professionnel en SM adulte
- Des omnipraticiens travaillent en cliniques médicales, en GMF (4 GMF) et en CLSC

- 120 OC pour différentes problématiques et des organisateurs communautaires; 14 OC en SM
- 47 pharmacies communautaires

Ressources spécialisées

- 1 CHSGS (Hôpital Honoré-Mercier)

- 1 UMF (UMF Richelieu-Yamaska, à Saint-Hyacinthe)
- 5 Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et 2 CHSLD privés conventionnés

OFFRE DE SERVICE DU RLS

A) SERVICES DE 1^{RE} LIGNE CSSS – MISSION CLSC

- En 2011-2012, 1 830 usagers présentant des troubles mentaux ont reçu des services de SM en CSSS mission-CLSC
- Total de professionnels actuel : 17,4 professionnels ETC, soit 1 infirmière clinicienne, 0,6 infirmière, 1 médecin au CLSC des Patriotes, 6 travailleurs sociaux, 1 éducateur spécialisé, 6 psychologues, 1 auxiliaire familiale. Les effectifs sont incomplets : il manque 2 omnipraticiens, l'un à Acton et l'autre à Maskoutains ainsi que des intervenants SIV
- Thérapie de groupe pour troubles anxieux et trouble de personnalité limite. Groupe support à venir
- Réception et traitement des demandes au GA unique en SM et retour auprès des référents
- Services en dépendance pour problème en émergence. Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation; travaux en cours pour l'implantation du dépistage et du repérage des dépendances par les intervenantes de l'accueil psychosocial; élaboration de la trajectoire de service pour les services psychosociaux courants aux adultes et les équipes FEJ. Les interventions sont axées sur l'entretien motivationnel, notamment auprès de la clientèle présentant des dépendances multiples (jeux, alcool et drogue)

B) PRINCIPAUX SERVICES DE 1^{RE} LIGNE – OC

- Contact Richelieu-Yamaska – Centre d'intervention de crise offrant des services en prévention du suicide et en itinérance : 5 lits d'hébergement de crise (1 à 10 jours maximum); intervention téléphonique 24 / 7, aide sans rendez-vous de 8h à 21h, suivi étroit, aide aux proches endeuillés; réseaux sentinelles en milieu de travail; formation auprès des intervenants et promotion de la SM. Protocole d'entente signé et financement se rattachant aux lits de crise

- SIV – L'Élan-Demain (la majorité du suivi SIV du territoire) : 95 usagers pour 10 intervenants. Ratio de 18-25, cible 134 usagers; suivi entre 6 mois et 2 ans, parfois plus; clientèle présentant des troubles graves et persistants, ayant un potentiel de rétablissement, pouvant être hospitalisée plusieurs fois et pouvant présenter des troubles concomitants (ex. légère déficience, dépendance). Protocole d'entente signé et financement
 - » Soutien, réadaptation, intégration sociale. Accompagnement spécialisé et personnalisé (révision du plan d'intervention (PI) minimalement aux 6 mois; variation du suivi selon les besoins, le rythme de la personne et les périodes de plus grande fragilité)
 - » Accent sur les activités de la vie domestique (AVD) et les activités de la vie quotidienne (AVQ) : logement, réseau social, activités sociales, etc.
- Soutien aux proches aidants – Le Phare-APAMM : Aide individuelle, de groupe, accompagnement des proches lors de requêtes psychiatriques ou autre contexte de judiciarisation
- Services socioprofessionnels – Les Ateliers Transition
- Intervention en dépendance – L'Alcôve, Le Virage
- Groupes d'entraide GEME pour trouble d'anxiété généralisée, troubles paniques, obsessifs ou autres
- Parrainage civique – Le Trait d'union Montérégien
- MADH (Maison Alternative de Développement Humain) : hébergement / suivi d'environ 6 mois

C) SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^E LIGNE CSSS-MISSION CHSGS-HÔPITAL HONORÉ-MERCIER (HHM)

- Unité de psychiatrie courte durée – 35 lits
- Unité de psychiatrie longue durée – 25 lits
 - » Approche milieu de vie (respect des goûts des patients et mesures alternatives à la contention) et diversification de l'offre de milieu de vie d'ici 2015
 - » Consolidation de l'équipe de psychiatrie longue durée; 100 % des résidents ont un PII en fonction de leur milieu de vie et / ou des objectifs de réadaptation, selon leur condition clinique
- RNI : Total de 137 places
- Hôpital de jour : 20 places en SM
- Clinique externe
- Services spécifiques en dépendance : suivi médical avec soutien à la méthadone suite à la démarche de réadaptation au Centre de réadaptation en dépendance (CRD). L'Hôpital Charles-LeMoyne dessert la clientèle du CSSS
- Suivi intensif (SI) : consolidation de l'équipe SI; projet d'employabilité pour 18-35 ans

- SIV : équipe spécialisée en problématiques multiples, 34 usagers et 0,82 professionnels ETC. Les références proviennent du soutien à domicile (SAD), de médecins, de psychiatres, du CRD Le Virage, de l'urgence psychiatrique et de l'accueil psychosocial. Les 34 usagers SIV (volet établissement) relèvent actuellement de la 2^e ligne. Les références viennent des psychiatres qui travaillent en collaboration avec L'Élan-Demain. Le plus grand volet SIV est réalisé par l'OC L'Élan-Demain (134 usagers) avec une entente de service avec le CSSS
- La proportion des utilisateurs des services de 2^e ou 3^e ligne SM dont le délai d'accès est supérieur à 60 jours est identique à celle du Québec (0,04). La Montérégie se classe au 5^e rang sur 15 régions. Il y a augmentation des références, en 1^{re} et 2^e ligne. En 2012-2013 il y aura environ 35 % d'augmentation des références
- L'attente pour l'accueil évaluation orientation (AÉO) du CRD Le Virage est de 18 jours au lieu du 15 jours souhaité

D) PRINCIPAUX PARTENAIRES PUBLICS SSS ET INTERSECTORIELS

- CRD Le Virage (dépendances)
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDI – TED) Montérégie Est
- Participation du CSSS à la Conférence régionale des élus. Développement de liens plus étroits avec les partenaires municipaux

LE GUICHET D'ACCÈS

- Guichet en place **depuis mai 2008**
- Guichet ouvert aux demandes 5 jours / semaine
- Comité du guichet (réunion 1 fois / semaine) composé de : 1 psychiatre, 1 travailleuse sociale, 1 infirmière, le chef de programme SM 1^{re} ligne. Cible de la 1^{re} ligne : 1 mois pour le début du service et cible de la 2^e ligne : 3 mois pour le début du service. Objectif des rencontres : priorisation et orientation des demandes
- Comité stratégique du guichet (réunion 1 fois / 6 semaines) : le chef du département de psychiatrie et la directrice des programmes santé-mentale-famille-enfance-jeunesse / déficience intellectuelle y participent. Il traite des situations complexes, fait le point sur le fonctionnement du guichet et permet un réajustement continu

- Comité du Département régional de médecine générale volet SM (réunion 4 fois / année) : le président du DRMG local et un autre médecin du DRMG, le chef de programme SM adulte 1^{re} ligne, la directrice de la SM, la directrice des services ambulatoires et de 1^{re} ligne, 2 psychiatres et des invités selon les sujets (ex. chef du département de l'urgence). Ce comité a pour mandat de s'assurer des bons liens et des ajustements à faire avec les omnipraticiens du territoire, de développer et de valider des outils en lien avec les GMF et d'identifier les formations requises

Fonctionnement du guichet

- Après réception de la demande : **pré-évaluation** téléphonique rapide par l'agente de liaison (en quelques jours pour toute demande) et **priorisation**
- Chaque mercredi, les demandes sont présentées en rencontre « guichet » et l'orientation est alors donnée
- Le guichet **oriente le client** :
 - » Suivi et traitement vers des services en CLSC (équipe SM 1^{re} ligne de l'un des 3 CLSC ou autres équipes)
 - » Évaluation-suivi-traitement par l'équipe de 2^e ligne, au département de psychiatrie
 - » Suivi en OC
- Un **suivi personnalisé est fait** auprès de chaque référent
 - » Envoi au médecin de notes explicatives sur le cheminement de la demande et de la date de présentation de cas de son patient. Information et indication à l'effet qu'il peut téléphoner au psychiatre s'il souhaite discuter de l'orientation de la demande

- » Si le client est référé en 2^e ligne, les notes d'évolution du psychiatre sont systématiquement envoyées au médecin après chaque rendez-vous. Lors du suivi en 1^{re} ligne, l'intervenant pivot envoie un résumé de ses notes d'évolution à fréquence régulière ainsi qu'un suivi du PI. Un outil est utilisé à titre d'aide-mémoire pour guider les éléments importants à inclure dans la note au médecin

Outils de fonctionnement

- Portail Web du CSSS « *Le sommet à votre portée* » : informe, outille et guide les médecins. Contenu : coordonnées de l'infirmière du guichet, rôle du psychiatre répondant et formulaire pour le consulter au téléphone, formulaire de référence au guichet, fiche de suivi auprès des référents, fiche d'accessibilité, formation sur les troubles dépressifs, grille sur la dépression à l'attention des médecins
- Ligne téléphonique à l'usage exclusif des omnipraticiens 5 jours / semaine; réponse immédiate par l'agente de liaison du GA
- Formulaire de référence au guichet pour les demandes des médecins
- Formulaire pour la note du psychiatre répondant (consultation téléphonique)
- L'état de situation des listes d'attente en 1^{re} et 2^e ligne est envoyé systématiquement à chaque mois aux représentants du DRMG
- Compilation de différentes statistiques en lien avec le guichet et la fonction de psychiatre répondant
- Pour l'évaluation faite par l'agente de liaison, il y a en moyenne 3 jours de délai et pour la prise en charge par un intervenant : maximum 1 mois

STRATÉGIE D'INTÉGRATION DU RLS

INTÉGRATION ADMINISTRATIVE

Le **comité du continuum** SM est à finaliser son plan d'action 2012-2015 – rencontre du comité continuum 4 fois / année et 1 rencontre / année avec tous les partenaires SM. Deux utilisateurs de services sont présents aux rencontres du continuum SM ainsi qu'à

d'autres comités stratégiques (ex. comité prévention du suicide).

- Présence du psychiatre répondant aux rencontres d'équipe 1^{re} ligne SM et discussion de cas clinique; 1 fois / 6 semaines
- Comité prévention du suicide, 4 fois / année

- Comité de travail avec la DRMG, 4 rencontres / année
- Table d'accès (SIV) L'Élan-Demain, 17 rencontres / année. Plus de 50 références inter-organismes. En moyenne on réfère entre 75 à 100 demandes
- Rencontre hebdomadaire multidisciplinaire équipe SM 2^e ligne
- Comité arrimage 1^{re} et 2^e lignes, 6 rencontres / année
- Contacts entre intervenants à la fin d'un suivi. Ex. entre services courants ou équipe SM CSSS et CRD; idem pour L'Élan-Demain (SIV), retour aux référents, compte rendu d'intervention, bilan etc.
- Rencontre comité dépendance CSSS et CRD Le Virage, 4 fois / année ou selon les développements
- Table des intervenants en SM (CSSS et partenaires du communautaire)
- Table des directeurs SM de la Montérégie
- Réseau clinico-administratif en santé psychosociale davantage piloté par l'Agence avec les partenaires suprarégionaux
- Table des gestionnaires en SMA, 4 fois / année
- Réseau Clinico-administratif (RCA) de la Montérégie – santé psychosociale : 3 fois / année
- Services SIV – CSSS / L'Élan-Demain. L'Élan-Demain transmet régulièrement au CSSS le nombre d'utilisateurs suivis et le Nbre de personnel ETC. Suivi annuel de l'entente avec mécanisme d'évaluation conjoint. Présence d'une table d'accès
- Intervention de crise – CSSS / Contact RY. Suivi de l'entente avec indicateurs de résultats : Attente, délai, jours de services, nombre d'utilisateurs
- Collaboration, accompagnement pour une requête d'examen clinique psychiatrique – CSSS / Le Phare-APAMM : entente en projet actuellement
- Services pour troubles anxieux – Groupe d'entraide GEME
- Intégration au travail – Ateliers Transition
- Services du psychiatre répondant – CSSS / Omnipraticiens du RLS / Psychiatre répondant. L'entente précise les services attendus et le délai de réponse aux omnipraticiens (20 minutes)
- Parrainage civique – CSSS / Le Trait d'union Montérégien. Offre un service de parrainage à des adultes vivant un problème de SM et aux aînés souffrant d'isolement
- Dépendance – CSSS / CRD Le Virage. En moyenne 370 adultes évalués / référés au CRD. Évaluation spécialisée si problème d'abus ou de dépendance, désintoxication, réadaptation et réinsertion; 5 intervenants spécialisés en SM, 15 places, 21 jours, suivi 24 / 7. Aussi offert : réadaptation externe, traitement de remplacement avec médication, soutien minimal à la réinsertion sociale et professionnelle, soutien à l'entourage. Formation annuelle aux intervenants du CSSS et expertise conseil – Entente en projet actuellement
- Dépendance – CSSS / L'Alcôve. Le CRD Le Virage a le mandat régional de dispenser des services aux personnes dépendantes résidant sur le territoire de la Montérégie. La Maison l'Alcôve est un OC qui offre des thérapies pour hommes et femmes de 18 ans et plus souffrant de dépendance (alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique). Le CSSS permet, suite au repérage et à la détection, de référer la clientèle et de travailler en partenariat pour la prise en charge par le CRD Le Virage et la Maison l'Alcôve selon le besoin exprimé par le client

Concertation intersectorielle

- Comité des services de réadaptation en SM et partenaires de l'intersectoriel – Gestion des références en réadaptation et établissement de collaborations. Participants : médecins du territoire, Centre Montérégien de réadaptation (CMR) physique, accueil psychosocial, service de psychiatrie, SAD, CRDI-TED, RNI, centre de crise / suicide et Ateliers transition travail

Ententes de services

À l'exception du SIV, les ententes prévoient différents services, autres qu'au CSSS. Ex. groupes d'entraide et de soutien, ateliers de gestion du stress, thérapie de désensibilisation, conférences, méditation, accompagnement des proches, parrainage civique, stages, programmes occupationnels et intégration en emploi

Monitoring des activités – CSSS et partenaires

- Suivi des ententes de services au minimum 2 fois / année
- Intégration des bases de données des 3 CLSC et appariement des données I-CLSC
- Révision de la qualité des pratiques en collaboration avec le Centre national d'excellence en SM
- Évaluation de la satisfaction des modalités de soutien des psychiatres répondants. Tournée des cliniques médicales en cours actuellement
- Nombre d'admission, nombre de congés à l'urgence, durées moyennes de séjour
- Suivi des cibles de l'entente de gestion

INTÉGRATION CLINIQUE

Protocoles, guides de pratique et plan de services individualisés (PSI)

- Protocole de suivi en GMF – Le suivi en GMF pour clientèle avec troubles dépressifs cesse quand le suivi nursing au CLSC est entrepris, ou selon la recommandation du médecin traitant. Un guide de pratique donne de l'information aux infirmières, sur le guichet, le portail Web, les troubles anxieux et les troubles dépressifs, le risque suicidaire et le suicide, les OC, etc. (Projet en 2012). De la formation est faite en GMF
- Protocoles de référence
 - » En SIV – L'Élan-Demain
 - » Au Centre de crise
 - » Au triage / urgence CHSGS

Au CRD Le Virage – Le protocole réserve les références aux intervenants habilités à utiliser les outils de repérage et de détection identifiés : intervenants désignés à l'AÉO, aux services généraux et à l'urgence hospitalière. Un intervenant pivot assure l'interface avec les intervenants du CRD. Une trajectoire de service et un processus bien définis permettant une continuité de service entre la 1^{re} et la 2^e ligne fait l'objet de travaux

- Utilisation du PSI

Outils partagés entre organisations

- Outils de repérage et de détection en dépendance – CSSS et CRD. La formation des intervenants des secteurs ciblés (urgence, SM, accueil psychosocial et autres) permettra l'utilisation de la grille de repérage et de détection des dépendances ainsi que l'intervention motivationnelle
- Fiche inter-organismes pour suivi de crise – CSSS et partenaires
- Outil cheminement de la demande / référence – CSSS et partenaires
- Formulaire guichet pour omnipraticien, formulaire psychiatre répondant (consultation téléphonique), grille de référence selon les pathologies, aide-mémoire, notes au dossier et retour aux référents

Soins partagés – Psychiatre répondant

- 2 demi-journées / semaine, garde téléphonique du lundi au vendredi 9h à 17h (liste disponible) – Accès des omnipraticiens en-dedans de 20 minutes
- Le psychiatre répondant travaille avec 3 CLSC : il participe à la réunion hebdomadaire de l'équipe SM
- L'équipe identifie les clients qui nécessitent une discussion en présence du psychiatre répondant
- L'accent est mis sur une bonne préparation des réunions avec le psychiatre répondant. On lui remet une liste des clients (nom, prénom, numéro et date d'expiration de la carte d'assurance-maladie) dont la situation sera discutée
- Les cliniciens impliqués sont présents, les synthèses de cas écrites, un compte rendu est déposé au dossier et signé par le psychiatre. Le psychiatre membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS peut ajouter une note clinique supplémentaire s'il y a un motif (intervention significative)
- Services offerts à l'équipe de 1^{re} ligne : soutien et supervision clinique, conseils en évaluation, en investigation complémentaire, en élaboration d'hypothèses diagnostiques et en gestion de cas difficiles; enseignement de base sur les pathologies principales et traitements usuels; régimes de protection, santé et sécurité au travail, indemnisation des victimes d'actes criminels, procédures judiciaires, etc.

- Autres implications du psychiatre répondant : discussions de cas sur le cadre de partage entre les niveaux de soins (services psychosociaux, 1^{re}, 2^e et 3^e lignes) et orientation des cas par le guichet. Si requis, il donne des explications sur les modalités d'accès à la 2^e ligne; il donne aussi son avis sur les soins de collaboration à instaurer dans le RLS
- Le psychiatre répondant envoie le rapport au médecin traitant ainsi qu'aux archives. Il peut faire des recommandations mais ne se substitue pas au médecin traitant, ne fait pas de prescription pour des clients qu'il n'a pas rencontrés ou évalués directement. Le psychiatre téléphone à l'omnipraticien, pour faire le suivi de la discussion de cas concernant son patient s'il y a des changements au plan d'intervention

Autres types de soins de collaboration dans le RLS

- Après des GMF, l'infirmière et le psychiatre répondant du guichet soutiennent et conseillent les omnipraticiens; l'équipe SM envoie l'évaluation préliminaire à l'omnipraticien du GMF, des notes de suivi aux 3 mois et le bilan thérapeutique
- En SIV, il y a un suivi conjoint entre le CSSS et l'Élan-Demain selon la pertinence :
 - » Suivi infirmier au CSSS, qui a un rôle de liaison et de soutien clinico-administratif auprès de l'OC
 - » Le CSSS est responsable du PSI lors d'un suivi conjoint avec les partenaires
- En suivi de crise, le Centre de crise fait le suivi individuel et le CSSS offre de l'intervention de groupe
- En dépendance, le CSSS complète l'offre de services du CRD Le Virage (1^{re} ligne ou 2^e ligne selon l'intensité du problème). Il est le porteur du dossier dépendance

TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET FORMATION

- Formation donnée par le Centre national d'excellence en SM (CNESM) pour la Montérégie : SI (1 jour) et SIV (1 jour) – Environ 1 fois / année
- Microprogramme en gestion du changement et responsabilité populationnelle, développé par l'Université de Montréal – 30 cadres du CSSS ont terminé ce programme en 2012
- Midi-branché, quelques rencontres par année sur divers sites pour de la formation en SM au personnel de 2^e ligne : hôpital de jour, centre de jour, clinique de soins infirmiers, clinique externe (ergothérapeute, neuropsychologue, infirmière) et hébergement
- Midi-branché; certains thèmes sont offerts à l'ensemble du personnel. Objectif : sensibilisation aux réalités en SM et stigma
- Plan annuel de formation en dépendance, par le service régional de formation en dépendance
- Formation donnée aux omnipraticiens sur les meilleures pratiques en SM et formation de 3h sur les troubles dépressifs, donnée aux infirmières en GMF. Formation donnée par le coordonnateur clinique du guichet en SM, le psychiatre et l'infirmière clinicienne en SM des unités de soins
- Formation AGIR et formation OMEGA au personnel en psychiatrie longue durée; formation « Réduire le recours à la contention et à l'isolement » à 125 infirmières, 154 infirmières auxiliaires, 347 préposés et 45 professionnels
- Formation en intervention de crise suicidaire – intervenants ciblés du CSSS et :
 - » Capsules d'information de 1h en évaluation du risque suicidaire, adaptées aux milieux et aux types d'intervenants : psychiatrie courte et longue durée (infirmières, infirmières auxiliaires, intervenants sociaux, psychoéducateurs et chef de service), urgence, GMF, accueil, maintien à domicile MAD et SAD (infirmières et intervenants sociaux)

- » Formation de 3 jours sur le suicide pour : coordonnateurs cliniques SM jeunesse et SM adulte, accueil psychosocial, SAD et infirmières cliniciennes de l'urgence psychiatrique; intervenants et travailleurs sociaux en milieu scolaire; intervenants SMA 1^{re} ligne; SI (RNI-SM); L'Élan-Demain; accueil psychosocial; clinique externe psychiatrie (travailleurs sociaux); santé physique (10 intervenants sociaux), pédopsychiatrie. 119 intervenants formés (2011-2013)
- » Formation sur les armes à feu (2013)
- » Formation sur le processus de deuil (2013)