



Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA)

Lise Renaud-Gagnon, conseillère
Pierre Demers, conseiller
Michel Gilbert, coordonnateur

Table des matières

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	4
CHANGEMENT DE PARADIGME	5
INGRÉDIENTS ACTIFS	6
PREMIER INGRÉDIENT ACTIF : L'ACCÈS	7
DEUXIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LA PROVENANCE DES DEMANDES	15
TROISIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LES SOINS EN COLLABORATION	16
QUATRIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LES SOINS EN ÉTAPES ET LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES	19
CINQUIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LE CADRE CLINIQUE	22
SIXIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LE SOUTIEN CLINIQUE	25
ANNEXE 1 CONTRIBUTION DU PSYCHIATRE RÉPONDANT (MSRP)	27
ANNEXE 2 A MODÈLE MONTRÉALAIS POUR LE FORMULAIRE DE RÉPONSE AU RÉFÉRENT	29
ANNEXE 2 B MODÈLE MONTRÉALAIS POUR LE FORMULAIRE DE RÉTROACTION DU SUIVI CLINIQUE	30
ANNEXE 3 CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ	31
ANNEXE 4 PYRAMIDE DE NICE	33
ANNEXE 5 EXEMPLE D'UN CADRE DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE ADULTE ET LE PROGRAMME DE SOUTIEN À DOMICILE AU CSSS JEANNE-MANCE	34

AVANT-PROPOS

Il y a déjà 6 ans que le MSSS a élaboré les [*Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne*](#). Ce document s'adressait principalement aux gestionnaires dans le but de les guider dans la mise en place d'une offre de service adaptée aux besoins de leur population.

Encore aujourd'hui ces orientations sont très pertinentes et nous encourageons les gestionnaires à en refaire une lecture. Nous observons que plusieurs actions doivent être prises pour améliorer l'efficacité de notre réseau et rejoindre toute la clientèle en besoin en temps opportun.

Le CNESM a le mandat de soutenir les milieux, et en réponse aux différentes questions posées lors de nos accompagnements, nous avons pensé élaborer un « Guide d'accompagnement d'une offre de service de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA) » basé principalement sur les orientations ministérielles de 2011. Nous tenterons de faire ressortir les éléments prioritaires de ce document et de préciser plus concrètement comment ces orientations peuvent s'actualiser dans tous les territoires. De plus, le processus de transformation de l'organisation des services en SMA est déjà débuté depuis quelques années et cette transformation est toujours en évolution constante. Nous y découvrons de belles expériences créatives sur le territoire québécois.

En espérant que ce document saura vous inspirer et vous soutenir dans vos travaux visant à assurer l'accessibilité ainsi qu'une offre de services efficace et de qualité à votre population. Dans un souci d'amélioration continue, il sera aussi bonifié au fil du temps par l'ajout de nouvelles annexes ou de nouveaux chapitres. Ceci afin de s'arrimer à l'évolution des connaissances, des meilleures pratiques ou d'expérimentations inspirantes issues des milieux.

INTRODUCTION

Déjà en 2005, avec la création des CSSS, le MSSS a introduit la notion de la responsabilité populationnelle et de l'obligation de s'assurer que les services sur son territoire soient disponibles au sein du CSSS ou par entente avec des organismes de sa communauté. Ceci a amené le réseau à modifier peu à peu ses actions par une approche populationnelle au lieu d'une approche centrée sur le client en demande de services.

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : « toutes les enquêtes épidémiologiques menées au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde confirment l'accroissement des problèmes de santé mentale et concluent que les troubles mentaux sont une cause majeure d'invalidité¹ ».

Malgré d'importants investissements consentis dans le domaine de la santé et des services sociaux, la prévalence des troubles mentaux demeure élevée. Actuellement, au Québec, une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale².

L'accessibilité aux soins et services en temps opportun est un enjeu prioritaire pour le MSSS et la population qui en a besoin. Les orientations du MSSS de 2011 forcent à revoir l'organisation et la dispensation des services à la population dans un contexte où les délais d'accès sont actuellement un obstacle et un enjeu majeur pour obtenir le service requis.

Si dans ce contexte nous voulons assurer une meilleure accessibilité aux services, des éléments clés reconnus doivent être considérés pour en assurer l'efficacité telle l'utilisation de traitements efficaces recommandés dans la littérature, les soins en étapes, les soins de collaboration et une meilleure fluidité entre les différents niveaux de soins.

Ces services doivent s'inscrire dans un modèle des maladies chroniques. Ce modèle a été retenu par le MSSS en raison de sa concordance avec la vision du PASM 2005-2010, entre autres par sa reconnaissance du rôle actif des utilisateurs de services, du milieu communautaire et de l'importance reconnue des continuums de soins ainsi que des soins en collaboration. De plus, le modèle s'oriente vers une approche populationnelle et il correspond aux normes de qualité des soins édictées par Agrément Canada.

¹ Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, INSPQ, mai 2008, p. 5

² Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 21

CHANGEMENT DE PARADIGME

Dans un premier temps, nous souhaitons faire valoir et inspirer un nécessaire changement de paradigme dans la façon dont l'offre de services en santé mentale devrait s'orienter, et ce, influencé par certains éléments reconnus tels les repères cliniques du modèle de gestion des maladies chroniques de Wagner³, les services axés sur le rétablissement, les principes de la santé mentale positive, le modèle de soins en étapes, le soutien à l'autogestion, etc.

« Plus que l'absence de maladie, le rétablissement est un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, buts, habiletés ou rôles qui permet de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et qui contribue à la société, malgré les limitations causées par la maladie⁴ »

Le succès du cheminement de l'utilisateur de services repose entre autres sur son appropriation du pouvoir. Selon Aucoin, « *Nous passons d'une approche où l'utilisateur de services était pris en charge par une équipe à celle dont l'équipe soutient l'individu à prendre en charge sa maladie ainsi que le soutenir dans l'utilisation de ses ressources et de ses capacités* » ([*Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*](#), avril 2011, p. 9).

Des auteurs conceptualisent le rétablissement en cinq dimensions⁵ :

- 1) Clinique (adhésion au traitement, diminution des symptômes, etc.)
- 2) Existentielle (augmentation de l'espoir, du pouvoir d'agir, du bien-être émotionnel et spirituel, etc.)
- 3) Fonctionnelle (engagement dans des rôles sociaux significatifs tels, retour aux études, obtention et maintien d'un emploi, etc.)
- 4) Physique (prendre soin de sa santé physique, niveau d'exercice, apport calorique, etc.)
- 5) Sociale (consolidation de relations positives avec les autres et sentiment de faire partie de la société, etc.)

³ <https://www.inesss.qc.ca/activites/projets/projets-speciaux/indicateurs-de-qualite-prise-en-charge-des-maladies-chroniques/base-de-donnees/introduction.html>

⁴ Présentation de Janie Houle, JASM 2016

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23

⁵ Whitley R, Drake RE. (2010). Recovery : a dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-50

Nous croyons que notre modèle actuel de soins et services doit être revu à travers ce prisme qui apporte un nouveau regard, une nouvelle façon d'accueillir et de soutenir notre population affectée par un trouble mentale.

Ce nouvel angle d'intervention reconnaît davantage les compétences de la personne dans sa capacité à prendre en charge sa condition et à contribuer activement à son évaluation en mode continu et à son processus de rétablissement.

Cette pratique s'inscrit dans un contexte où le mandat de l'intervention de proximité ou de 1^{re} instance vise plutôt à redonner accès aux compétences et habiletés de la personne. L'objectif est de soutenir la personne dans un retour à son fonctionnement antérieur à sa demande de services et non comme on le voit souvent de miser unilatéralement sur la guérison de la personne.

Le modèle reconnu des soins en étapes nous force à revoir nos pratiques et à envisager plutôt une logique d'intervention par épisode de services. Cette démarche ajustée davantage au besoin immédiat de la personne lui donne rapidement une place active dans l'intervention ajustée et mesurée en mode continue, plutôt que de lui offrir une offre globale et homogène à la « One size fits all » où sa participation est davantage basée sur un rapport ascendant « expert – patient ».

Nous croyons que nos services de santé mentale doivent se repositionner selon ce nouveau paradigme d'intervention qui soutient davantage un processus actif et consensuel d'intervention entre l'intervenant et la personne, tout en misant sur une intervention ajustée et balisée qui redonne les bases de compétences à la personne dans son enjeu fonctionnel qui l'a amenée à consulter.

Voici donc les principaux ingrédients actifs qui selon nos observations jusqu'à maintenant ont un impact sur la capacité des équipes santé mentale adulte à déployer une offre de services efficiente en santé mentale de 1^{re} ligne.

INGRÉDIENTS ACTIFS

Le CNESM a identifié six ingrédients actifs qui sont contributifs afin d'assurer une offre de services de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA) qui soit la plus optimale et efficiente possible, soit :

- **L'accès**
- **La provenance des demandes**
- **Les soins en collaboration**
- **Les soins en étapes/la hiérarchisation des services**
- **Le cadre clinique**
- **Le soutien clinique**

Dans la présente partie de ce guide, nous vous présenterons une description opérationnelle de ces éléments, comment ces ingrédients se déploient concrètement sur le terrain. Nous n'avons pas la prétention de décrire toutes les nuances et options de déploiement, mais ce sont des éléments/ingrédients qui orientent, inspirent les actions et la réflexion pour une offre et une organisation de service de 1^{re} ligne en santé mentale adulte optimale et efficiente. Les éléments proposés sont aussi inspirés et en concordance avec ce que nous dit actuellement la littérature scientifique.

PREMIER INGRÉDIENT ACTIF : L'ACCÈS

L'accès fait référence aux :

- A. **Modalités à mettre en place pour assurer la réception, l'évaluation et l'orientation des demandes de services vers le bon niveau de soins selon les besoins de la personne et requis par sa situation :**
 - Guichet d'accès santé mentale adulte (GASMA) pour les Réseaux locaux de services (RLS) ayant 50,000 et plus de population
 - Modèle mixte pour les RLS ayant moins de 50,000 de population
- B. **Informations requises lors de la référence au GASMA**
- C. **Les trajectoires de soins/la continuité des services**
- D. **Les délais d'accès**

Ceci est un complément du document présentant les orientations ministérielles et intitulé : [« Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte au CSSS » \(2008\)](#)

Nous ne répèterons donc pas ici tous les éléments et descriptifs qu'on y retrouve. Nous y faisons référence et tentons d'apporter des éléments concrets d'opérationnalisation.

A. GASMA POUR LES RLS AYANT 50,000 ET PLUS DE POPULATION :

Le GASMA est au cœur du réseau intégré de services. Il a un rôle central souvent sous-estimé pour améliorer l'efficacité du RLS en santé mentale.

- Il est la principale **voie d'accès à toute la gamme des soins et services de 1^{re} et de 2^e ligne** en santé mentale adulte pour le Réseau Local de Services (RLS)
- Il joue un **rôle déterminant** dans la **hiérarchisation des services**
- Il **garantit l'accès et la continuité des soins et services** le plus près possible du milieu de vie de la personne, et ce, en **fonction de ses besoins**
- Il permet d'amorcer l'intervention

Voici les différentes composantes pour un GASMA efficient :

1. Le lieu du GASMA dans le RLS
2. La composition de l'équipe
3. Les compétences de l'équipe
4. Les rôles et fonctions de l'équipe
5. Les outils

1. Lieu du GASMA dans le RLS :

Le GASMA se situe en **1^{re} ligne** et fait partie intégrante de l'offre de service de l'équipe de santé mentale.

2. La composition de l'équipe GASMA :

L'équipe GASMA doit être suffisamment dotée pour être en mesure de répondre au volume de demandes de services qui lui est acheminé en respectant les délais convenus au PASM 2015-2020 et pour qu'elle puisse accomplir adéquatement les rôles et les tâches tels que décrit dans les orientations ministérielles de 2008.

- Basé sur l'expérientiel de RLS qui démontrent une efficience, nous estimons que l'équipe GASMA devrait être dotée de : 1 professionnel ETC/pour 350⁶ demandes de services reçues/année⁷ (voir notes 6 et 7 en bas de page)

Nous recommandons que l'équipe de base du GASMA soit principalement composée de :

- Infirmiers cliniciens
- Travailleurs sociaux

D'autres professionnels peuvent venir compléter l'équipe en réponse à des besoins spécifiques ponctuels (ex. : psychologue).

La présence d'une agente administrative en soutien au travail des professionnels est un atout très important à l'efficience.

⁶ Ce chiffre peut être modelé à la baisse (ex. : 300 demandes) selon l'organisation et l'offre de service au GASMA. Par exemple, est-ce qu'on y offre des groupes d'autogestion des soins. L'intensité des activités au GASMA doit être ajustée pour répondre au volume des demandes qui lui sont acheminées.

⁷ Ces chiffres sont donnés à titre indicatif, ce ne sont pas des normes, mais plutôt des balises, des repaires qui aident à la réflexion.

En soutien à ces professionnels, le médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) doit y être présent, et un de ses principaux rôles est d'assurer le soutien à l'équipe (cf La contribution du MSRP à l'annexe 1).

Le coordonnateur professionnel (CP) ou spécialiste en activité clinique (SAC) a aussi un rôle de soutien auprès des professionnels du GASMA (cf Soutien clinique au point 6 du présent document).

Idéalement, lorsque c'est possible un médecin omnipraticien fait aussi partie de l'équipe. Avec entente, il y assure une présence pour un certain nombre d'heures/semaine. Comme profil, ce médecin a un intérêt marqué pour la santé mentale et a aussi développé un niveau de connaissance par rapport aux troubles de santé mentale.

3. Compétences de l'équipe GASMA

Les membres de l'équipe de 1^{re} ligne en santé mentale sous la fonction GASMA ont un rôle crucial et déterminant pour l'orientation clinique des références et par conséquent, doivent posséder une expertise significative en santé mentale. Ceux-ci :

- Procèdent à des évaluations cliniques en santé mentale → **évaluation des besoins**
- Utilisent les outils cliniques standardisés mis à leur disposition et formulent des impressions cliniques
- Connaissent très bien les ressources de leur territoire et leurs mécanismes d'accès
- Font preuve de savoir, de savoir-faire et de savoir-être
- Au besoin, et lorsque leurs compétences sont complémentaires, ils peuvent se concerter pour répondre à une demande de services

4. Rôles et fonctions de l'équipe GASMA

Dans les orientations ministérielles de 2008, on confère six principaux rôles aux professionnels du GASMA, soit :

Évaluer les demandes de services incluant :

- La motivation de la personne
- Évaluer et impliquer le réseau de la personne

Amorcer des protocoles d'évaluation, de soins et de traitement incluant :

- Par l'entremise d'une ordonnance collective, demander un bilan biologique de base

Amorcer le traitement autogéré (autogestion) incluant :

- Amorcer une intervention à travers l'évaluation; pour certaines personnes par exemple, le soutien à l'autogestion suffit, pour d'autres il est une intervention combinée à d'autres formes de traitements

Soutenir la clientèle en attente de services de 1^{re} ou 2^e ligne incluant :

- Prioriser les situations les plus urgentes

Repérer et dépister les conditions cliniques morbides et multi morbides incluant :

- Moduler dès le GASMA une approche adaptée (trajectoire) à la condition des personnes (ex. : dépendance, prodrome psychotique, etc.)
- Faire du « *reaching out* » pour la clientèle où une situation de risque est suspectée

Orienter la personne et ses proches vers les ressources répondant à leurs besoins :

- Le principe de hiérarchisation des services implique une adéquation entre les besoins de la personne et les ressources vers lesquelles elle est orientée
- L'orientation de la personne vers l'équipe offrant le service le plus approprié sera effectuée en fonction de l'ampleur, la récurrence et la multiplicité des facteurs suivants combinés entre eux et **non uniquement en fonction du diagnostic** :
 - Manifestations symptomatiques
 - Niveau de fonctionnement
 - Facteurs environnementaux ou problèmes psychosociaux

Le service offert répond au requis juste et nécessaire pour le rétablissement de la personne, et ce, en adéquation avec le cadre et la mission du service.

Tiré de l'expérientiel actuel de certaines équipes, voici à titre indicatif une ventilation des proportions d'orientations post GASMA. Au cours des prochaines années, ces % sont appelés à s'ajuster à la hausse ou à la baisse à la suite de l'intégration de nouvelles pratiques cliniques telles par exemple l'augmentation du soutien à l'autogestion dans l'offre de services :

% de personnes avec épisodes de services fermés au GASMA	environ 20 à 30 %
% de personnes orientées pour un suivi individuel ou de groupe en 1 ^{re} ligne	environ 40 à 60 %
% de personnes orientées en 2 ^e ligne	environ 15 à 20 %
% de personnes orientées aux partenaires internes ou externes	environ 10 à 20 %

Autres rôles et fonctions de l'équipe GASMA :

- Favoriser les soins en collaboration avec les intervenants du milieu et les médecins de famille *
- S'assurer de la continuité des services *
- Assurer la liaison avec le RLS *

* Ces points sont traités à l'intérieur des prochains chapitres.

Le comité consultatif

Le comité consultatif est une **modalité d'exception** prévue pour :

- Les situations complexes pour lesquelles le professionnel du GASMA n'a pas trouvé de réponse satisfaisante.
- Il n'est impliqué que rarement et pour une minorité de personnes orientées au GASMA.
- Il donne des avis et fait des recommandations.
- Le professionnel du GASMA appuyé par le comité consultatif prend la décision finale.

La composition du comité varie et se module en fonction de l'expertise requise pour évaluer la condition de la personne et recommander une marche à suivre.

La seule présence qui soit obligatoire est celle du gestionnaire de l'équipe de 1^{re} ligne en santé mentale ou de son représentant, dont le rôle est de veiller à la bonne marche du comité.

5. Les outils

Plusieurs outils peuvent et doivent être utilisés au GASMA et dans l'équipe de 1^{re} ligne. Cette liste n'est pas exhaustive, mais en voici les principaux de base :

- Formulaire de référence au GASMA
- Collecte d'information standardisée
- GAD 7 : <http://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/GAD-7-fran%C3%A7ais.pdf>
- PHQ 9 : http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/PHQ9_French%20for%20France.pdf
- BDI-II (Beck dépression) : <http://www.unafam.info/87/img/echelle-beck.pdf>
- BAI (Beck anxiété) : https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l_anxic3a9tc3a9.pdf
- Grille d'évaluation santé mentale positive : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014009/article/14086-fra.htm>

- Échelle globale du fonctionnement (EGF) : <http://www3.recitfga.qc.ca/CPCSSMI/IMG/pdf/egf.pdf>
- Échelle de Sheehan :
http://cran.qc.ca/sites/default/files/outils/echelleinvaliditesheehan_francais.pdf
- Whodas/DSM 5 : http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_36itemsSELF.pdf
- DÉBA (alcool, drogue et jeu) : www.risqtoxico.ca
- Plan en situation de crise
- PI/PII/PSI
- Formulaire de réponse au référent et de rétroaction du suivi clinique (cf modèle à l'annexe 2)
- Base de données/système d'information clinique
- Ordonnances collectives
- Protocoles et guides d'intervention : Protocole Jalons pour le traitement de la dépression :
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf
- Guides de soutien à l'autogestion de la dépression :
<http://www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf>

GASMA - MODÈLE MIXTE POUR LES RLS AYANT MOINS DE 50,000 DE POPULATION

De par notre expérience de visites des équipes, le CNESM recommande idéalement que les RLS ayant entre 40,000 et 50,000 de population desservie par une équipe développée à plus 60 % de ses effectifs basé sur son requis populationnel se dotent d'un GASMA au sein de l'équipe santé mentale. Dans ce contexte, nous croyons qu'il y a plus de bénéfices à ce que la fonction de GASMA soit assumée par l'équipe elle-même, tout comme dans les RLS avec une population plus importante.

Le PASM 2005-2010 prévoit que c'est l'accueil psychosocial (AAOR) qui assure ce mandat pour les RLS de moins de 50,000 de population, puisqu'ils sont déjà la porte d'entrée pour l'accès aux services du réseau (mandat des services généraux) et qu'il y a moins de ressources professionnelles disponibles. L'AAOR devient donc la porte d'entrée pour toutes les demandes y compris celles qui arrivent avec une référence formelle (ex. : référence par un médecin omnipraticien).

Lors de nos rencontres régionales, nous observons cependant que les petits milieux se dotent souvent de différentes modalités / mécanismes d'accès aux services de santé mentale. Ceux-ci peuvent prendre plusieurs formes. On les nomme souvent Guichet d'accès, mais cela s'apparente généralement davantage à un comité clinique consultatif ou à un comité d'admission.

Le CNESM souhaite contribuer à la poursuite de la réflexion pour soutenir les petits milieux et proposer des modalités bien adaptées à ces réalités et qui soient efficaces (cette partie du document est à venir).

B. LES INFORMATIONS REQUISES LORS DE LA RÉFÉRENCE AU GASMA

Le professionnel ou le médecin qui oriente une personne au GASMA devrait transmettre minimalement les informations suivantes :

- Les coordonnées de la personne
- Un résumé de la condition clinique et sociale
- Une description des traitements ou des services en cours
- Les services demandés ou perçus qui pourraient répondre aux besoins de la personne

Cependant, une information incomplète ne doit jamais être un obstacle à une évaluation au GASMA et à l'accès aux services.

De plus, comme spécifié dans le PASM 2015-2020, l'absence de recommandation médicale n'est jamais un obstacle à l'accès aux services spécifiques ou spécialisés de santé mentale, **y compris la consultation en psychiatrie.**

Celle-ci peut être accessible à la suite de la recommandation du professionnel de l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne et idéalement avec le soutien du MSRP.

C. LES TRAJECTOIRES DE SOINS / LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Les services de 1^{re} ligne doivent répondre à la majorité des besoins en santé mentale, soit au moins 70 % des besoins (PASM 2005-2010).

Les services spécialisés doivent être réservés à :

- La consultation ponctuelle pour :
 - L'évaluation et la précision du diagnostic
 - La formulation de recommandations pour le traitement dans les services de 1^{re} ligne
- Aux problèmes complexes, à savoir :
 - Les personnes qui présentent une résistance aux traitements habituels
 - Les problèmes dont la prévalence est faible et complexe
 - Les personnes qui présentent le plus de risques de rupture avec la société (ex. : violence, criminalité, etc.)

Lorsque les services spécialisés ne sont plus requis, la personne doit pouvoir revenir le plus rapidement possible vers les services de 1^{re} ligne ou les services de la communauté pouvant répondre à ses besoins.

Ainsi, lorsque la personne qui reçoit des services en 1^{re} ligne ne répond pas bien aux traitements, on doit avoir accès rapidement

aux services spécialisés. Cela peut prendre plusieurs formes tel que décrit ci-dessus, soit : conseils, soutien clinique, formulation de recommandations, évaluation ou traitement dans les services spécialisés.

On doit donc prévoir des mécanismes simples et fluides favorisant cette circulation selon les besoins de la personne à l'intérieur du continuum des services.

D. LES DÉLAIS D'ACCÈS

Les délais pour l'accès aux services font partie des éléments importants d'une offre de services optimale et efficiente pour les personnes qui souffrent d'un trouble mentale. Cet élément a un impact certain sur les risques d'aggravation et de chronicisation de la maladie.

Dans le PASM 2015-2020, le Ministère donne les orientations relatives aux standards d'accès aux soins et services.

Délai maximal pour la rétroaction au référent par les services spécifiques ou spécialisés en santé mentale → 7 jours

Cette réponse devrait contenir minimalement : (cf modèle à l'annexe 2)

- la confirmation de la réception de la demande
- l'orientation proposée à la personne

Et idéalement aussi :

- l'impression clinique/diagnostique
- les interventions faites et celles à venir
- les coordonnées d'une personne-ressource

Délai maximal pour que débute l'intervention ou le traitement par le professionnel assigné au suivi ou à la consultation dans les services de 1^{re} ligne ou les services spécialisés de 2^e ligne en santé mentale → 30 jours

DEUXIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LA PROVENANCE DES DEMANDES

Les demandes au GASMA peuvent provenir de plusieurs sources, à savoir :

Services de l'AAOR (Accueil analyse orientation et référence)

L'AAOR est la porte d'entrée pour les personnes qui demandent elles-mêmes des services ou qui n'ont pas de référence formelle d'un professionnel accrédité. À la suite de l'évaluation de la demande de services, l'AAOR réfère la personne au GASMA pour l'évaluation des besoins et l'accès à la gamme des services en santé mentale, si requis.

Autres programmes services internes du centre intégré

Les besoins des personnes sont souvent complexes, inter-reliés et concomitants. Dans ce contexte systémique, le GASMA en santé mentale se situe en continuité et en complémentarité avec les autres programmes services internes du centre intégré. Il y a donc une complémentarité et des interfaces entre les différents services à assurer par exemple par un cadre de partage (cf à l'annexe 5 - Exemple d'un cadre de partage des responsabilités entre le programme santé mentale adulte et le programme de soutien à domicile au CSSS Jeanne-Mance).

Ressources communautaires et professionnels en pratique privée

Les partenaires ayant un accès direct au GASMA sont ciblés et déterminés sur la base de leur capacité d'identifier adéquatement les personnes dont la condition relève de la compétence de l'équipe de santé mentale.

Urgence de l'hôpital général ou psychiatrique

Un traitement particulier doit être réservé aux références provenant de l'urgence de l'hôpital. On doit mettre en place à cet effet des mécanismes formels de liaison et de traitement de ces demandes. **Les personnes qui passent par l'urgence, qui ne requièrent pas une hospitalisation, et pour qui on recommande des services dans le continuum santé mentale devraient être référées au GASMA pour l'évaluation des besoins, des interventions appropriées et une orientation vers le bon niveau de soin dans le continuum.**

Services de 2^e ligne en santé mentale

Les services de 2^e ligne en santé mentale font partie du continuum de services comme décrit au point C (chapitre sur les trajectoires de soins/la continuité des services).

Médecins omnipraticiens

Les médecins omnipraticiens sont la réelle porte d'entrée pour l'accès aux services en santé mentale. Environ 80 % des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale consultent en premier lieu un médecin omnipraticien. **Ceux-ci devraient donc être les principaux référents au GASMA.**

TROISIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LES SOINS EN COLLABORATION

Beaucoup de documentation existe pour décrire les soins en collaboration. Les avantages et l'efficacité de ce modèle développé pour le traitement des maladies chroniques appliqué en santé mentale sont nettement reconnus. La littérature scientifique montre des évidences très robustes sur l'efficacité des soins en collaboration en 1^{re} ligne. Il est démontré que ceux-ci ont un impact sur⁸ :

- L'amélioration des symptômes
- L'amélioration de l'adhésion au traitement
- L'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement
- La satisfaction plus élevée par rapport aux soins et services

Le CNESM recommande donc fortement aux équipes de santé mentale de mettre en place des soins en collaboration avec leurs partenaires incluant la personne utilisatrice et ses proches.

Dans ce chapitre nous ne reprendrons pas tous ces énoncés, mais nous nous attarderons plutôt sur des types d'activités à mettre en place et qui favorisent les soins en collaboration. Cette liste est non exhaustive, mais donne des orientations et inspire la réflexion pour des idées d'actions à mettre en place.

Les soins de collaboration sont basés sur les principes fondamentaux suivants :

- Le développement d'un lien de confiance entre les personnes concernées
- Une communication efficace
- Le respect des rôles de chacun
- La reconnaissance de l'expertise de chacun
- La reconnaissance de l'interdépendance entre les partenaires

⁸ Quintessence Vol 3 no. 3 mai 2011

Des arrimages solides sont donc à concrétiser, particulièrement avec :

- Les omnipraticiens dans la communauté (cabinets privés et GMF)
- Les organismes communautaires qui offrent des services aux personnes ayant des troubles mentaux et les membres de l'entourage
- Les services de 2^e ligne en santé mentale (ex. : cliniques externes, les services d'urgences et d'unités d'hospitalisation, etc.)
- Les services d'urgence de l'hôpital général
- Les autres programmes services du Centre intégré de services
- Les programmes services dépendances
- Les professionnels en pratique privée
- Les autres partenaires du RLS, selon les particularités et les besoins de la clientèle

Étant donné que les omnipraticiens sont les professionnels consultés le plus souvent par les personnes ayant des troubles mentaux, les équipes en santé mentale doivent leur apporter une attention particulière afin de les soutenir dans leur pratique.

[Alliance](#) est un outil qui s'adresse plus spécifiquement aux omnipraticiens et soutient l'atteinte de ces objectifs.

C'est un outil web et une application mobile simple qui contribue à la mise en place de soins de collaboration. Il est plus spécifiquement un outil d'aide à la décision clinique en santé mentale adulte. Il présente les trajectoires de soins, les mécanismes d'accès en fonction de l'urgence et du niveau de soins requis, les outils cliniques et protocoles de soins, les ressources disponibles sur le territoire ainsi que leur offre de services et leurs mécanismes d'accès, soutenant ainsi une meilleure réponse aux besoins de la personne.

Pour augmenter l'efficacité des échanges et des arrimages, des modes de fonctionnement simples ainsi que des outils standardisés sont essentiels.

Voici quelques exemples d'actions concrètes :

- Avoir des mécanismes d'accès simples, rapides et connus des partenaires
- Avoir des formulaires de références uniformes, simples, concis et connus des partenaires
- S'assurer du retour rapide au référent
- Envoyer au référent, avec l'autorisation de la personne, une copie de l'évaluation (impression clinique), de l'orientation et du traitement /service proposé (rapport succinct). Vous trouverez en annexe un exemple de modèle développé sur l'île de Montréal (annexe 2 A)
- S'assurer d'avoir des communications régulières avec le médecin traitant tout au long de l'épisode de service (tous les 2 – 3 mois et particulièrement si malgré les traitements/services offerts, la situation ne s'améliore pas) (annexe 2 B)

- Partager le plan de soin/plan d'intervention avec le médecin traitant
- Partager les outils cliniques tels les guides de pratiques, les guides d'auto soins et d'auto gestion des soins, les outils de mesure de la réponse au traitement, etc.
- Informer le médecin traitant de la fin de l'épisode de service (annexes 2 A et B)
- S'assurer d'une bonne connaissance des partenaires entre eux : leur offre de services ainsi que leurs modalités d'accès
- Offrir du soutien pour développer les connaissances et l'expertise clinique

Les soins en collaboration impliquent aussi **la reconnaissance de l'utilisateur de services et de ses proches comme des membres à part entière de l'équipe**. L'expertise qu'ils ont acquise en vivant l'expérience de la maladie est une source précieuse qu'on ne peut ignorer ou minimiser. Il est donc primordial qu'ils participent activement aux soins et aux décisions qui les concernent.

Ces orientations amènent indéniablement des changements à adopter dans les pratiques professionnelles. Tel que mentionné dans le PASM 2015-2020, au-delà de l'intervention sur la maladie et sur les incapacités qui en découlent, les intervenants suscitent l'espoir, soutiennent la personne et sont animés par la conviction que celle-ci peut agir dans :

- **La reprise de pouvoir sur sa vie**
- **La détermination de ses besoins et de ses forces**
- **Le développement de ses habiletés**
- **Sa responsabilisation**
- **L'utilisation des ressources disponibles qu'elle juge pertinentes pour répondre à ses besoins**

Voici quelques exemples d'actions concrètes :

- S'assurer de la motivation de la personne à s'impliquer dans son rétablissement ainsi que face aux changements et de son intérêt selon ses capacités (ex. : entretien motivationnel).
- Solliciter la participation des proches dans le processus d'évaluation et de traitement.
- S'assurer de la participation active de la personne à la détermination de ses objectifs et de son plan d'intervention.
- Obtenir le consentement éclairé de la personne à son plan de soin/plan d'intervention, qu'elle participe aux décisions qui la concernent (cf annexe 3).

- Transmettre à la personne notre croyance en ses capacités et lui donner l'espoir en son rétablissement.
- Développer les connaissances et les compétences de la personne et de ses

proches sur sa maladie, par les guides d'auto soins, le soutien à l'autogestion, la prévention de la rechute, en lui permettant ainsi de reprendre du pouvoir sur sa vie.

QUATRIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LES SOINS EN ÉTAPES ET LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Dans le modèle de soins en étapes on vise à modeler **l'offre de services** à la personne afin de **reprendre** à ses **besoins cliniques** et **non à ses demandes ou celles du référent**.

Les soins et services offerts sont donc adaptés/ajustés selon :

- La sévérité des symptômes et le niveau de fonctionnement
- Les caractéristiques personnelles et sociales de la personne
- Ses préférences en fonction des modalités/options de soins et services offerts et possibles

La progression vers des niveaux de soins plus spécialisés est envisagée lorsqu'il n'y a pas d'amélioration, stagnation ou détérioration de l'état de la personne malgré les soins et services offerts. **Les interventions de haute intensité sont utilisées seulement lorsque requises.**

Cette hiérarchisation des services a aussi comme impact d'améliorer l'accès et de favoriser une utilisation judicieuse et responsable des ressources.

Après l'évaluation, l'importance d'établir un plan d'intervention (PI) axé rétablissement avec la personne et signé par elle est indéniable.

Cette démarche clinique vise principalement à :

- Vérifier les attentes de la personne
- Identifier les personnes significatives et selon leurs capacités, préciser avec eux leur implication dans le rétablissement et leurs besoins comme proche
- Identifier quels seront les indicateurs pour la personne que son état s'améliore (objectifs concrets et mesurables)
- Planifier l'épisode de services

Même avec un PI de qualité et réalisé avec la personne, il demeure très **important d'évaluer en continu et systématiquement la réponse aux traitements offerts tout au long de l'épisode de service**, et ce, à l'aide d'outils cliniques standardisés. On pourra ainsi réajuster rapidement le plan d'intervention ou le niveau de soin au besoin. Ex. : PHQ 9, GAD 7.

Cette démarche permettra :

- a. De nommer des hypothèses de compréhension sur l'atteinte ou non des objectifs fixés avec la personne.
- b. De réévaluer les besoins de la personne, de son entourage et du milieu.
- c. De partager la réflexion et les options possibles avec la personne et identifier l'impasse thérapeutique s'il y a lieu.

On doit, tout au long de l'épisode de service, se poser la question :

Est-ce que le soin/service offert améliore l'état de la personne?

Cette question est cruciale pour réajuster le plan de soins/le niveau de soins, même en cours de traitement lorsque requis. Il n'est pas nécessaire ni adéquat d'attendre la fin de l'épisode de service planifié pour faire des réajustements au besoin.

L'utilisation de ces outils de mesure de la réponse au traitement a aussi l'effet positif de permettre à la personne de voir sa progression et de lui donner l'espoir en son rétablissement.

Éléments importants à retenir :

- Le niveau de soins doit être adapté à la personne et ses besoins
- Le niveau de soins peut varier d'une personne à l'autre avec un même diagnostic
- Le niveau de soins sera déterminé en fonction :
 - de la sévérité des symptômes
 - des antécédents
 - du fonctionnement psychosocial
- **Les interventions de faibles intensités n'égalent pas des interventions de faibles impacts**

Une bonne évaluation est l'étape de base cruciale afin de déterminer le niveau de soins requis par la situation de la personne.

Une bonne évaluation permet d'orienter la personne immédiatement au bon niveau de soins requis par sa situation. Le fondement étant :

La personne qui reçoit le bon soin, au bon moment, dans la bonne intensité et au bon niveau de soin.

Dans la situation où les soins de niveau supérieur sont requis et ne sont pas disponibles immédiatement, il est tout de même possible et opportun d'offrir des services prévus aux étapes de base et pouvant soutenir la personne tels :

- L'enseignement sur la maladie et les saines habitudes de vie
- La psychoéducation
- L'activation comportementale
- La surveillance active

Le modèle de Nice décrit dans le protocole Jalons sur le traitement de la dépression, offre un guide de pratiques cliniques de soins en étapes pour le traitement de la dépression, des troubles anxieux, des troubles paniques et du stress post-traumatique (cf Pyramide de Nice à l'annexe 4). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-975742636741>

La prédominance du discours médical et psychologique en santé mentale est bien établie. Depuis quelques années, on reconnaît aussi la santé mentale comme étant une réalité sociale ainsi que l'influence marquée des déterminants sociaux sur celle-ci. Ce courant propose des interventions axées sur la complémentarité des savoirs, les collaborations interprofessionnelles et l'interdisciplinarité, dans une perspective de rétablissement et de pleine citoyenneté des personnes.

Pour soutenir un modèle de soins en étapes, voici quelques autres éléments ayant trait à l'organisation des services :

- La diversité de l'offre de services et des modalités d'intervention en réponse à différents besoins :
 - L'intervention individuelle et de groupe
 - Le soutien à l'autogestion incluant : l'enseignement sur la maladie et le processus de rétablissement, les saines habitudes de vie, l'activité physique
 - L'activation comportementale
 - La résolution de problèmes
 - Le soutien psychosocial
 - L'entretien motivationnel
 - Le suivi systématique/relance/prévention de la rechute

- Les services intégrés pour problèmes concomitants (ex. dépendance santé mentale, santé physique)
- La psychothérapie brève
- La médication
- Un continuum hiérarchisé établi entre les niveaux de soins
- La fluidité et la continuité entre les niveaux de soins
- La mise en place de soins de collaboration

CINQUIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LE CADRE CLINIQUE

Lorsque nous parlons du cadre clinique, cela réfère à toutes les balises qui encadrent :

- L'organisation et l'offre de services
- La pratique clinique

Ce sont les balises mises en place qui assurent que les services déployés sont conformes à notre mission, à notre mandat et qu'ils sont aussi en adéquation avec les données probantes, la littérature scientifique pour des soins et services efficaces et de qualité.

Nous savons également qu'au-delà du développement des équipes à consolider pour augmenter l'accessibilité, la définition du cadre

clinique a un impact très significatif sur l'accès aux services en temps opportun pour les personnes qui les requièrent ainsi que sur l'efficacité des équipes de santé mentale et l'utilisation responsable des ressources.

Historiquement, il y avait peu de balises cliniques proposées pour délimiter et préciser le cadre d'intervention dans le réseau.

Délimiter et préciser le cadre d'intervention, c'est :

- Mettre en place des modalités d'évaluation rigoureuses et systématiques
- Mettre en place les principes de soins en étapes, de la hiérarchisation des soins et services, des soins en collaboration et une d'offre de service diversifiée basée sur les besoins et non le diagnostic
- Mettre en place des modalités d'interventions axées sur les forces de la personne, son rétablissement, sa contribution et celle de ses proches à la démarche clinique
- Offrir des épisodes de services tel que recommandé par la littérature scientifique
- Baliser la cadence/la charge de travail
- Assurer le soutien clinique aux professionnels

Nous souhaitons aborder particulièrement ici les trois points suivants, qui sont des enjeux critiques du volet cadre clinique, soit : la pratique clinique, les épisodes de service ainsi que la cadence/charge de travail. Les autres points ont été traités dans les chapitres précédents.

La pratique clinique :

La pratique clinique fait référence ici aux approches, techniques et outils cliniques utilisés dans l'intervention.

La recherche parle souvent d'un «match nul» entre les approches de psychothérapie en disant qu'il est inutile de chercher à démontrer la supériorité d'une approche par rapport à l'autre. On y établit clairement que la psychothérapie est efficace, que la personne traitée manifeste une amélioration significative de son état après 8 à 10 rencontres et que les progrès se maintiennent dans le temps.

Par contre à quoi attribue-t-on ces résultats?

Voici les facteurs communs d'efficacité de la psychothérapie identifiés selon le % d'impact :

- 1) la personne elle-même (forces, motivation, habiletés relationnelles, nature et gravité du problème) ainsi que son environnement (expliquerait 40 % des résultats)
- 2) la relation thérapeutique (expliquerait 30 % des résultats)
- 3) l'espoir ou effet placebo (expliquerait 15 % des résultats)
- 4) la méthode d'intervention (expliquerait 15 % des résultats)

http://www.psycho-solutions.qc.ca/06doc_articles_01fc.html

Sans être restrictif ou exclure les autres modèles cliniques, il est tout de même recommandé de privilégier davantage :

- l'entretien motivationnel (EM)
- le soutien à l'autogestion
- l'activation comportementale
- le soutien psychosocial
- la résolution de problèmes
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)
- la psychothérapie interpersonnelle (PTI)
- la thérapie orientée vers les solutions (TOS)

Ce sont des exemples de modèles d'interventions brèves bien adaptés à l'offre et à la mission des services de 1^{re} ligne et qui sont reconnus par la littérature scientifique. Lorsque des approches thérapeutiques privilégiant davantage un suivi à moyen - long terme sont utilisées, il est alors nécessaire de faire des ajustements afin qu'elles s'adaptent à la mission et au mandat de la 1^{re} ligne.

On souligne aussi l'importance d'avoir des interventions cliniques orientées sur le rétablissement de la personne.

Les épisodes de soins :

Le déploiement des balises cliniques décrites dans ce document a assurément un impact sur la diminution de la durée des épisodes de soins et services.

Les recherches et les écrits de différentes sources telles, Protocole Jalons (Faire face à la dépression), Cible Qualité (INSPQ), l'INESSS, etc., font référence en général à des épisodes de soins et services entre 12 et 16 rencontres pour le traitement efficient des troubles mentaux courants ou modérés en 1^{re} ligne.

Il ne s'agit pas cependant d'offrir d'emblée à tous les clients 15 rencontres.

L'épisode de services offert à la personne doit être balisé en fonction de l'évaluation de ses besoins et encadré par un plan d'intervention déterminé avec elle ainsi que la mesure de la réponse au traitement. Pour certaines personnes par exemple, quatre rencontres seront suffisantes alors que pour d'autres c'est plutôt vingt rencontres qui seront requises.

Le suivi du plan d'intervention et l'utilisation en continu d'outils standardisés pour mesurer

la réponse au traitement seront des indicateurs importants et un soutien aux décisions cliniques.

Ainsi lorsqu'après 3 ou 4 rencontres il n'y a pas d'évolution ou encore détérioration de la situation de la personne malgré l'aide apportée il est important de rapidement se questionner avec la personne, avoir une consultation clinique (discussion de cas/soutien clinique) afin de réaligner/réajuster rapidement le plan ou le niveau de soins s'il y a lieu. Parfois arrêter un épisode de services peut être l'action clinique à privilégier.

Nous recommandons ainsi que pour reconduire ou prolonger un épisode de soins et services au-delà de 15 rencontres, il devrait **toujours** y avoir une consultation clinique (discussion de cas/soutien clinique) afin que cette décision ne porte pas sur les épaules seules du professionnel dispensateur du service, car dans ces conditions il est très probable que nous soyons en présence d'un problème clinique plus complexe (cf chapitre traitant du soutien clinique).

La cadence / la charge de travail :

Afin de répondre adéquatement au requis populationnel des territoires de dessertes, voici à titre indicatif des repères pouvant soutenir l'organisation du travail.

Cette cadence/charge de travail correspond à des attentes raisonnables pour la pratique clinique des professionnels.

Pour un professionnel travaillant à temps complet et ayant comme **seul mandat** d'offrir du suivi individuel, la charge de travail peut se représenter ainsi :

- 4 entrevues/jour
- 18 entrevues /semaine
- Épisodes des suivis/clients de 12 à 15 rencontres (s'appuie sur la littérature scientifique et le mandat/mission des services de 1^{re} ligne)
- ½ journée/semaine pour les rencontres cliniques ou administratives

Selon la cible populationnelle donnée par le Ministère cela représente un minimum de :

- **82 nouveaux clients/intervenant/année** (nombre de clients différents/nombre de professionnels dans l'équipe)

Ces balises ou repaires contribuent à faciliter la réponse populationnelle visée dans le PASM pour les équipes de 1^{re} ligne et à assurer une utilisation responsable des ressources.

Comme mentionné ci-dessus, ces balises donnent un repère aidant pour déterminer/évaluer la charge de travail des professionnels. Cette charge doit être ajustée par le gestionnaire responsable de l'équipe en fonction des autres dossiers ou responsabilités

attribués aux professionnels par exemple : animation de groupe, participation à des comités de travail, rôle de professionnel répondant.

Il est toutefois important de se rappeler que le rôle premier des professionnels est de donner des services à la clientèle en besoin.

On doit donc prévoir des modalités de gestion clinico-administratives de la charge de travail des professionnels de l'équipe.

SIXIÈME INGRÉDIENT ACTIF : LE SOUTIEN CLINIQUE

Nous faisons référence ici au soutien et au développement de la pratique professionnelle à l'intérieur du programme santé mentale et

en équipe interdisciplinaire, et non pas à la supervision par profession.

La valeur ajoutée et la nécessité du soutien clinique des professionnels dispensateurs de services sont incontestablement reconnus.

C'est une stratégie de développement et de maintien des compétences cliniques. Cela est aussi particulièrement important lors de

grandes réorganisations et de changements de pratiques.

La formation à elle seule ne peut pas répondre à ce besoin. Il est important de prévoir des modalités pour soutenir les professionnels dans l'actualisation de ces pratiques.

Le soutien clinique vise à :

- **Éviter la gestion en solo des problèmes cliniques complexes**
- **Aider à la prise de décision clinique**
- **Optimiser les traitements**
- **Favoriser le développement professionnel continu**
- **Améliorer l'accès aux soins et services**
- **Prévenir l'épuisement professionnel**
- **Favoriser le travail en interdisciplinarité**

Cette fonction dans les équipes est assumée par le coordonnateur professionnel (CP) ou le spécialiste en activité clinique (SAC).

Le psychiatre répondant (MSRP) a aussi une contribution importante à cet égard (cf annexe 1 sur le rôle du MSRP).

À l'intérieur de la charge de travail, il est donc important de prévoir du temps pour cette activité et elle doit être structurée et planifiée.

ANNEXE 1

Contribution du psychiatre répondant (MSRP)

Balises administratives

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), réunis en comité paritaire, ont donné des repères administratifs pour la désignation et l'affectation des MSRP dans les Réseaux locaux de services (RLS) (référence annexe 42).

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2010/info138-0.pdf>

En psychiatrie adulte :

- ½ journée (3.5 heures) / semaine / 50,000 de population
- Pour une population de 50,000 personnes, on peut donc bénéficier de 3,5 heures / semaine de MSRP sur place, soit dans l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne ou dans un cabinet de médecins (GMF, clinique réseau, cabinets ayant 5 médecins et plus)
- Lorsqu'un RLS n'a droit qu'à ½ journée / semaine de MSRP, ces heures ne peuvent pas être dédiées totalement aux cliniques médicales. Des exemples de choix possibles sont :
 - ½ journée / semaine à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne
 - ½ journée / 2 semaines à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne et ½ journée / 2 semaines en cliniques médicales
 - 3 X ½ journée / mois à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne et ½ journée / mois en cliniques médicales
- Il ne peut jamais y avoir plus de 3,5 heures / semaine dédiées à la présence du MSRP en clinique médicale, même pour les territoires avec plus de population et qui donnent droit à davantage de disponibilités MSRP
- Par exemple, un RLS avec 200,000 de population a droit à 4 X ½ journée / semaine de MSRP. Des exemples d'options de répartitions seraient alors :
 - 4 X ½ journées / semaine à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne
 - 3 X ½ journée / semaine à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne et ½ journée / semaine pour les cliniques médicale du RLS

Le maximum d'heures MSRP à déployer en clinique médicale est de ½ journée / semaine à se partager entre les cliniques du RLS, peu importe la densité de la population.

Ces heures n'incluent pas la disponibilité du MSRP pour les consultations téléphoniques du lundi au vendredi (quart de jour).

Rôles / activités du MSRP

En tout premier lieu, les psychiatres doivent reconnaître et renforcer le rôle important que jouent les soins de 1^{re} ligne dans la prestation des services de santé mentale et voir les consultations qu'ils offrent comme faisant partie intégrante de leurs activités cliniques.

Selon le PASM 2005-2010, le MSRP est l'interlocuteur privilégié des intervenants de 1^{re} ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Il échangera et donnera des avis sur une variété de problèmes psychiatriques qui requièrent une expertise spécialisée. Dans certains cas le MSRP peut aussi offrir des traitements.

Voici concrètement quelles sont les principales attributions découlant de cette description :

- Soutien à l'équipe de santé mentale 1^{re} ligne (présence sur place)
 - Discussions de cas pour les situations ambiguës référées au GASMA
 - Discussions de cas pour les suivis en 1^{re} ligne
 - De façon exceptionnelle, il peut décider d'évaluer un patient avec les membres de l'équipe
 - De façon exceptionnelle, il peut offrir des services directs aux patients
 - Disponible pour des consultations téléphoniques

- Soutien aux médecins omnipraticiens (présence sur place)
 - Discussions de cas pour les patients suivis par les médecins
 - De façon exceptionnelle, il peut décider d'évaluer un patient avec les médecins
 - De façon exceptionnelle, il peut offrir des services directs aux patients
 - Disponible pour des consultations téléphoniques pour donner un avis sur une orientation, une médication ou un diagnostic → un rapport écrit est retourné au médecin

- Soutien pour la hiérarchisation des soins / les soins en étapes / les soins en collaboration

Assure la liaison bidirectionnelle entre les services de 1^{re} et 2^e ligne / soutien pour les continuums de soins

ANNEXE 2 A

Modèle montréalais pour le formulaire de réponse au référent

LOGO DU CIUSSS

No de dossier :

Nom :

Prénom :

NAM :

Date de naissance :

RÉPONSE AU RÉFÉRENT

GUICHET D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Nom du référent: _____

Lieu de pratique : _____

Motif de référence : _____

Demande reçue le : _____

TRAITEMENT ET ORIENTATION DE LA DEMANDE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

- L'évaluation a été réalisée le : _____ Vous trouverez ci-joint cette évaluation
- La personne ne s'est pas présentée à son rendez-vous Date (s) prévues de rendez-vous : _____
- La personne n'a pu être rejointe : _____
- Des informations complémentaires sont nécessaires afin d'orienter votre demande : _____
- SVP. Nous téléphoner d'ici le _____
- La demande de services a été fermée au GASMA:
- La situation de l'utilisateur s'est améliorée. Des informations ont été données sur le soutien à l'autogestion des soins
- La personne a été rencontrée ou contactée mais ne souhaite pas de services
- La personne a été orientée vers un autre programme du CIUSSS : _____
- La personne a été orientée à un organisme communautaire : _____
- Autre : _____
- Veuillez utiliser à l'avenir le formulaire ci-joint pour les références au guichet d'accès en santé mentale

ORIENTATION PROPOSÉE

- Services spécifiques en santé mentale (première ligne) : Suivi individuel Suivi de groupe
Spécifiez : _____
Délai approximatif de prise en charge: _____
- Médecin spécialiste répondant en psychiatrie. Recommandations émises : _____

- Services spécialisés en santé mentale (deuxième ligne) : Évaluation psychiatrique
Spécifiez : _____
Délai approximatif de prise en charge: _____
- Soutien d'intensité variable Suivi intensif dans le milieu

Commentaires : _____

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions ou pour nous transmettre toutes informations complémentaires

Signature : _____

Prénom et nom du professionnel : _____

Titre : _____

Date : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Télécopieur : _____

ANNEXE 2 B

Modèle montréalais pour le formulaire de rétroaction du suivi clinique

LOGO DU CIUSSS

No de dossier :
Nom :
Prénom :
NAM :
Date de naissance :

RÉTROACTION DU SUIVI CLINIQUE
SERVICES SPÉCIFIQUES EN SANTÉ MENTALE ADULTE

Début de suivi Date : _____
 Bilan de mi-suivi Date : _____
 Bilan de fin de suivi Date : _____

Nom du médecin de famille : _____ Lieu de pratique : _____

OBJECTIFS ET PLAN D'INTERVENTION Plan d'intervention joint

ÉVOLUTION DU SUIVI

Assiduité aux rencontres : présent absent Spécifiez : _____
Opinion du professionnel face à l'évolution du suivi : _____

Auto évaluation de l'implication dans mon processus de rétablissement : _____/10 Spécifiez : _____
Auto évaluation de l'atteinte des objectifs identifiés : _____/10 Spécifiez : _____

OBJECTIFS À POURSUIVRE, RECOMMANDATIONS, QUESTIONS POUR LE MÉDECIN OU COMMENTAIRES

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions ou pour nous transmettre toutes informations complémentaires

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____
Signature du professionnel : _____ Prénom et nom du professionnel : _____
Titre : _____ Date : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____ Télécopieur : _____

ANNEXE 3

Consentement libre et éclairé

Tout d'abord, au plan légal, on dit que tout professionnel doit informer la personne qui le consulte des différentes options possibles pour son traitement, des bienfaits recherchés et des effets indésirables de chacun d'eux afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée. Travailler pour un client, c'est aussi s'assurer d'obtenir son consentement libre et éclairé.

Le **consentement** est « la manifestation de la volonté expresse ou tacite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre ». En reconnaissant à la personne le droit de consentir à des soins, on lui reconnaît aussi, implicitement, celui de les refuser.

Pour que le **consentement** soit **libre**, il doit être obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse. Il doit également être obtenu sans menace de représailles, par exemple que soient suspendus soutien et assistance si la personne refuse de se soumettre aux investigations ou aux traitements proposés.

Le **consentement** doit aussi être **éclairé**. Il est en effet impossible de se considérer comme libre de décider sans être adéquatement informé. La liberté de décision va donc de pair avec l'information.

Comment cela s'opérationnalise dans l'action pour les équipes de santé mentale?

Pour obtenir le consentement libre et éclairé de la personne et construire une intention clinique consensuelle, il faut lui fournir, notamment, les renseignements suivants :

- sa condition clinique, ce que nous comprenons de sa situation;
- la nature du traitement ou des services que nous proposons;
- les interventions à effectuer, les outils que nous allons utiliser (ex. : le plan d'intervention, les outils de mesure de la réponse au traitement, etc.);
- les bénéfices et les risques s'il y a lieu associés aux interventions;
- le besoin de communiquer avec son autorisation avec les partenaires dans le cadre de soins en collaboration;
- ce qui peut lui être offert dans le cadre de nos services;
- ce que nous ne pouvons pas lui offrir dans le cadre de nos services;
- les conséquences d'un refus ou de non intervention;
- les autres possibilités de traitement ou de services.

On se doit donc d'expliquer :

- le but, la nature, la pertinence, les principales modalités des services professionnels offerts, ses avantages et inconvénients ainsi que les alternatives, les limites et les responsabilités mutuelles;

- le choix de refuser les services professionnels offerts ou de cesser, à tout moment, de recevoir les services;
- les règles sur la confidentialité ainsi que ses limites, de même que les modalités liées à la transmission de renseignements confidentiels reliés à l'intervention.

Le professionnel doit présenter l'information dans un langage simple et compréhensible pour la personne. Cette dernière doit également avoir la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses qu'elle juge satisfaisantes avant de donner son consentement.

Le consentement est un processus évolutif. Par conséquent, la personne peut toujours modifier sa décision à la lumière de nouveaux renseignements ou développements.

Une attention particulière doit être portée au consentement lorsque les soins sont prodigués dans les milieux de formation ou dans un contexte de recherche.

ANNEXE 4

Pyramide de Nice



² Dépression complexe : soit la réponse à de multiples traitements n'est pas satisfaisante, soit la dépression est compliquée par des symptômes psychotiques, ou est associée à une comorbidité psychiatrique importante ou à des facteurs psychosociaux.

ANNEXE 5

Exemple d'un cadre de partage des responsabilités entre le programme santé mentale adulte et le programme de soutien à domicile au CSSS Jeanne-Mance

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance



LIGNES DIRECTRICES POUR LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ENTRE LES PROGRAMMES SAD ET SANTÉ MENTALE

Le développement de liens fonctionnels et efficaces entre les équipes de soutien à domicile et de santé mentale adulte repose d'abord sur une vision claire et partagée des clientèles et responsabilités respectives des deux équipes. Ce document a pour objectif de venir clarifier ces interfaces.

Le programme SAD

La clientèle cible du programme SAD est constituée, essentiellement, de :

- ▶ la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement¹;
- ▶ la clientèle ayant une déficience physique;
- ▶ la clientèle ayant un problème de santé physique et ne pouvant se déplacer au CSSS pour recevoir ses services.

Ces clientèles :

- ▶ présentent des incapacités au plan moteur, cognitif ou sensoriel;
- ▶ nécessitent du soutien pour les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD);
- ▶ peuvent présenter des problématiques d'ordre psychosocial diverses (ex. : deuil récent, isolement, problèmes économiques, adaptation à leur perte d'autonomie, etc.).²

S'il n'y a pas de perte d'autonomie liée au vieillissement ou à une déficience physique, ou de problème de santé physique, l'utilisateur n'est pas admissible au programme SAD. Ainsi :

- ▶ la clientèle qui présente des incapacités en lien avec un problème de santé mentale seulement n'est pas admissible au programme de services à domicile

Exemples :

- ✓ la clientèle nécessitant un encadrement au niveau de la prise de médication en lien avec un problème de santé mentale;
- ✓ la clientèle atteinte de schizophrénie nécessitant un encadrement pour les soins d'hygiène.

¹ Y compris la clientèle présentant des atteintes organiques ou neurologiques pouvant avoir des répercussions au plan cognitif, psychique ou du comportement et qui peuvent souvent s'apparenter à des troubles de santé mentale.

² L'équipe des services à domicile est donc appelée à offrir des services psychosociaux généraux à la clientèle en perte d'autonomie.

- ▶ la clientèle nécessitant une injection d'un Rx antipsychotique et qui ne peut se déplacer aux services généraux en raison d'un problème de mobilité peut être desservie au programme SAD.

Le programme santé mentale

- ▶ Le programme santé mentale rejoint la clientèle ayant des troubles mentaux, et ce, sans égard à l'âge.
- ▶ Le seul fait d'être porteur d'un diagnostic de trouble mental ne constitue pas un motif de référence à l'équipe de santé mentale. Ce programme rejoint en effet la clientèle pour laquelle une consultation, une évaluation, un traitement ou une référence **sont nécessaires**.
- ▶ À l'inverse, un diagnostic en santé mentale n'est pas pré-requis pour une référence à l'équipe de santé mentale.
- ▶ Le fait de présenter un trouble de la personnalité ne constitue pas, en soi, un motif de référence vers le programme santé mentale. En effet, devant un usager présentant un trouble de la personnalité qui accompagne la perte d'autonomie, l'équipe SAD :
 - ✓ se doit d'abord de se former et de s'outiller pour être en mesure de composer adéquatement avec ces usagers;
 - ✓ peut aussi faire appel au soutien de l'équipe de santé mentale pour des cas particuliers. L'équipe de santé mentale pourra participer à une discussion de cas et le soutien à offrir sera ensuite déterminé en fonction de la situation;
 - ✓ peut référer à l'équipe de santé mentale les usagers présentant un trouble de la personnalité **pour lequel un traitement de ce trouble est requis**.
- ▶ La clientèle qui est déjà prise en charge en 2^e ligne par un autre établissement et qui requiert aussi des services du SAD ne devrait pas être référée à l'équipe de santé mentale du CSSS. Toutefois, si besoin, l'équipe SAD peut demander à l'équipe santé mentale du CSSS un support pour la liaison avec l'équipe traitante ou pour orienter le travail qu'elle fera avec l'équipe de santé mentale de l'autre établissement impliqué.
- ▶ Parfois, il peut être difficile de déterminer la nature psychiatrique ou démentielle de certaines présentations cliniques. L'expertise des équipes de gériatrie, de psychogériatrie ou de gérontopsychiatrie peut alors être requise.

L'intervention des deux programmes

Certains usagers présentent à la fois une perte d'autonomie liée au vieillissement et des problèmes de santé mentale qui nécessitent l'intervention d'une équipe de 1^e ou de 2^e ligne en santé mentale. Dans certains cas, les deux programmes interviendront simultanément auprès du même usager. Dans ces circonstances :

- ▶ Un intervenant gestionnaire de cas doit être identifié en tenant compte de la problématique prépondérante. Son rôle consistera principalement à coordonner le plan de services qui sera élaboré.
- ▶ Peu importe l'intervenant qui sera identifié comme intervenant gestionnaire de cas, il appartient au programme SAD de procéder à l'évaluation des besoins de l'usager par le biais de l'outil d'évaluation

multiclientèles (OEMC) comme il le ferait pour tout autre personne en perte d'autonomie, et ce, en collaboration avec l'équipe santé mentale au besoin.

- ▶ Le programme SAD est également responsable de l'allocation des services d'aide à domicile, le cas échéant, et ce, en collaboration avec le programme santé mentale si requis.
- ▶ Si des services d'aide sont dispensés, un intervenant professionnel du programme SAD reste impliqué dans le dossier afin d'assurer, minimalement, le suivi et la réévaluation des services d'aide, toujours en collaboration avec le programme santé mentale.
- ▶ Il peut parfois être difficile de préciser l'orientation à privilégier pour certaines demandes de services adressées à l'un ou l'autre des guichets d'accès sans avoir procédé à l'évaluation de l'utilisateur. Dans certains de ces cas, une évaluation conjointe des équipes SAD et santé mentale peut être privilégiée.

Modalités de références

- ▶ Les intervenants désirant solliciter l'aide de l'autre programme pour leurs clients doivent d'abord se référer aux coordonnateurs professionnels (ou adjoints cliniques) de leur équipe respective qui s'assurent de la pertinence de la référence.
- ▶ S'il y a litige, ces derniers se référeront aux deux chefs de programmes concernés. Dans l'éventualité où un litige persisterait, les Directrices des deux programmes analyseront la situation.