

rétablissement partenarial

Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts
à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS

LA FORCE DES LIENS

*Point
accès*



santé mentale

rétablissement partenariat

Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts
à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS

LA FORCE DES LIENS

Avril 2011

*Soins
accès*



santé mentale

Coordination des travaux

Latulippe, Louise
Agente de recherche et de planification socioéconomique
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lepage, Josée
Directrice adjointe
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception et rédaction

Latulippe, Louise
Agente de recherche et de planification socioéconomique
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
(avec la collaboration de Matthew Menear,
étudiant au doctorat en santé publique
à l'Université de Montréal)

Mise en page

Guimont, Lynn
Secrétaire de direction
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Lantagne, Nicole
Agente de secrétariat
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité de lecture

Delorme, André
Psychiatre
Directeur national de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gervais, Michel
Psychiatre et médecin conseil
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Latulippe, Louise
Agente de recherche et de planification socioéconomique
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61764-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-61765-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

Breton, Madeleine
Directrice de la planification, santé publique,
partenariat
CSSS du Sud-Ouest-Verdun

Delorme, André
Psychiatre
Directeur national de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Desjardins, Pierre
Psychologue
Directeur de la qualité et du développement de la
pratique
Ordre des psychologues du Québec

Fortin, Denise
Directrice générale adjointe et codirectrice
de la Direction des services cliniques
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Fournier, Louise
Professeure agrégée
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Gervais, Michel
Psychiatre et médecin conseil
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Giroux, Évelyne
Travailleuse sociale
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes
conjugaux et familiaux du Québec

Hébert, Alain
Travailleur social
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes
conjugaux et familiaux du Québec

Laflamme, France
Infirmière conseil
Direction du développement et soutien professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Lajeunesse, Julie
Omnipraticienne
Fédération des omnipraticiens du Québec

Laliberté, Christine
Chef clinicoadministrative en santé mentale
première et deuxième ligne
CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Latulippe, Louise
Agente de recherche et de planification
socioéconomique
Direction de la santé mentale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lesage, Alain
Psychiatre chercheur
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Robitaille, David
Chef du département de psychiatrie, CSSS du Suroît
Psychiatre répondant, équipe SM adulte première
ligne
CLSC Valleyfield

Rondeau, Pierre
Omnipraticien
CSSS Cœur-de-l'île

Trudeau, Jean-Bernard, M.D., L.C.M.C.
Omnipraticien et directeur des services
professionnels et hospitaliers
Institut universitaire en santé mentale Douglas

Turmel, Gaétan
Représentant des familles
Ex-président de la Fédération des familles et amis de
la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

Vigneault, Luc
Utilisateur de services
Pair aidant et consultant
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Mot du ministre

Depuis plusieurs années déjà, le ministère de la Santé et des Services sociaux a identifié la santé mentale comme étant un axe prioritaire d'intervention. Avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, une nouvelle vision s'est imposée et avec elle, de nouveaux modes de collaboration et de nouvelles façons de faire.

Ce plan d'action a eu un impact majeur sur l'organisation des soins et des services en santé mentale au Québec. Il a entre autres convié le réseau à développer des services de santé mentale dans la communauté, ce qui a permis notamment d'en accroître l'accessibilité. Des progrès ont été accomplis, mais la culture des services de première ligne en santé mentale reste à développer. C'est notre nouveau défi!

Aussi, pour soutenir cette évolution et encadrer les équipes en santé mentale de première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux a, dans un premier temps, consulté un comité d'experts et a par la suite élaboré des orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts en première ligne. Ce document s'adresse donc aux gestionnaires qui dirigent les intervenants qui travaillent dans les Centres de santé et de services sociaux.

Je suis persuadé que ce guide vous aidera à développer ou à améliorer la qualité et l'accessibilité du continuum de soins et de services en santé mentale et je souhaite que ces orientations puissent devenir le fondement de votre pratique de gestion. Collaboration, efficacité, sécurité des soins, sensibilisation et prévention, voilà autant d'éléments qui nous permettront d'atteindre, ensemble, notre premier objectif soit le mieux-être des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux

Yves Bolduc

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Les grandes orientations relatives aux activités cliniques à l'intention des équipes en santé mentale de première ligne.....	3
1.1 Les soins de collaboration	3
1.1.1 L'expansion et la diversité de la gamme des partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle	4
1.1.2 Le renforcement de l'autodétermination de l'utilisateur de services	6
1.2 L'entrevue motivationnelle	6
1.3 Le soutien à l'autogestion des soins	6
L'équipe en santé mentale de première ligne.....	8
2.1 La philosophie de soins de l'équipe	8
2.2 Les rôles attendus de l'équipe	9
2.2.1 Évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes acheminées à l'équipe en santé mentale de première ligne	9
2.2.2 Offrir des soins et des services basés sur des données probantes et des guides de pratique dans un contexte de première ligne en tenant compte des proches	13
Les soins par étapes	14
Le suivi systématique des clientèles (SSC)	17
La supervision clinique interne	20
2.2.3 Assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires	20
2.3 Aperçu des activités de l'équipe en santé mentale de première ligne selon les rôles attendus	22
2.4 Le rôle de l'équipe en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux	23
2.5 La composition de l'équipe en santé mentale de première ligne	23
2.6 Les modèles d'équipe en santé mentale de première ligne.....	25
2.7 La planification de l'équipe en santé mentale de première ligne	25
2.8 Les délais raisonnables pour l'évaluation et le traitement	26
2.9 La clientèle visée	26

2.10	Comment peut-on accéder à l'équipe en santé mentale de première ligne?	27
2.11	Trajectoire de l'utilisateur de services à l'intérieur de l'équipe en santé mentale de première ligne	28
CONCLUSION.....		29
Annexes		31
Annexe 1 – Plan en situation de crise.....		32
Annexe 2 – Exemple d'un protocole d'entente.....		33
Annexe 3 – Exemple d'une ordonnance collective pour un adulte présentant des symptômes dépressifs.....		40
Annexe 4 – Exemple d'une ordonnance collective pour un adulte présentant des symptômes anxieux.....		43
Annexe 5 – DÉBA – Alcool.....		45
Annexe 6 – Critères à considérer pour inscription à Alcochoix +		47
Annexe 7 – DÉBA – Drogues.....		48
Annexe 8 – DÉBA – jeu.....		50
Bibliographie		51

LISTE DES ACRONYMES

A	Alcool
AEOR	Accueil, évaluation, orientation et référence
AGREE	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
AVCI	Année de vie corrigée du facteur d'invalidité
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPS	Centre de prévention du suicide
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
D	Drogues
DEBA	Dépistage et évaluation du besoin d'aide
DRMG	Département régional de médecine générale
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction de la santé mentale
EGF	Échelle d'évaluation globale du fonctionnement
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
ETC	Équivalent temps complet
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine de famille
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JHA	Jeux de hasard et d'argent
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAE	Programme d'aide aux employés
PASM	Plan d'action en santé mentale
PR	Professionnel répondant
PSI	Plan de services individualisé
RLS	Réseau local de services
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SDS	Échelle de Sheehan
SSC	Suivi systématique des clientèles

AVANT-PROPOS

S'inspirant des principes fondamentaux que sont la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (PASM) représente un tournant majeur de l'organisation des soins et des services en santé mentale au Québec. Depuis longtemps et en raison de son historique asilaire, l'organisation des soins et des services était orientée principalement vers les personnes souffrant de troubles mentaux, qualifiés avant 2005 de troubles sévères et persistants. La prestation des soins et des services étaient très axés sur le milieu hospitalier et très peu dans la communauté.

Dorénavant, tous les partenaires concernés par la santé mentale et les troubles mentaux sont incités à travailler de concert. Ils sont invités à promouvoir une bonne santé mentale dans la population générale et à améliorer les soins et les services destinés à l'ensemble des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, que ces problèmes soient qualifiés de légers, de modérés ou de graves, et de prendre en compte les membres de leur entourage.

Dans le contexte de l'application du PASM, la Direction de la santé mentale (DSM) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied un comité d'experts afin de bonifier certaines orientations élaborées à la DSM en vue de soutenir et d'encadrer les activités des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qui travaillent en santé mentale de première ligne auprès de la clientèle adulte dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Les équipes en santé mentale de première ligne étant jeunes et le contexte de la première ligne exigeant l'ouverture de celles-ci sur la communauté, en interaction avec une gamme d'acteurs variés, le MSSS a jugé nécessaire de définir des orientations.

Tout au long de cet exercice de consultation, les efforts du MSSS ont été guidés par plusieurs préoccupations, soit les suivantes :

- l'importance de mettre en place un système de santé et de services sociaux qui favorise l'appropriation du pouvoir et le rétablissement des utilisateurs de services;
- l'importance de reconnaître le rôle et les besoins des proches dans les soins et les services en santé mentale;
- l'importance de soutenir le développement d'un continuum de soins et de services de qualité en santé mentale et d'en améliorer l'accessibilité et la continuité;
- l'importance d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la sécurité des soins et des services en santé mentale;
- l'importance de soutenir le développement d'une culture de qualité et d'amélioration continue des soins et des services à tous les échelons du système ainsi que dans la communauté;
- l'importance du partenariat et des liens forts entre les acteurs concernés par la santé mentale et les troubles mentaux.

La DSM exprime sa reconnaissance aux différents acteurs chevronnés qui ont participé au comité d'experts afin de soutenir la réflexion qui a mené à la réalisation du présent guide. Nous remercions aussi les auteurs d'outils cliniques qui ont autorisé la présentation de leurs outils dans ce document.

Bonne lecture!

Le directeur national de la santé mentale et président du comité d'experts sur l'organisation des services de première ligne en santé mentale,



André Delorme, M.D., FRCPC

INTRODUCTION

La santé mentale est essentielle au bien-être individuel et aux relations interpersonnelles. Elle permet d'être productif au sein de la société et d'y participer. Lorsqu'une personne est affectée par un trouble mental, les effets négatifs sont ressentis non seulement par la personne elle-même, mais aussi par ses proches et par nous tous.

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'invalidité ».¹ En effet, en se basant sur l'indice AVCI (années de vie corrigées du facteur d'invalidité, en anglais *DALY* pour *Disability Adjusted Life Years*), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prévoit qu'en 2020, le fardeau global des troubles mentaux représentera 15 % de la charge de l'ensemble des maladies, faisant de la dépression la cause première d'invalidité², ce qui fera augmenter les coûts économiques évalués par la Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie, il y a 5 ans, à 33 milliards de dollars par année, et ce, pour l'économie canadienne seulement.³

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 mentale.⁴ Bien que la province ait vu son taux de décès par suicide diminuer au cours des années 2000, le Québec présente encore le taux de suicide le plus élevé au Canada et dans les pays industrialisés⁵.

Selon l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC, cycle 1.2) menée en 2002, les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquents dans la population générale.⁶ Un large éventail de facteurs rend les personnes plus à risque de souffrir de ces troubles. Cependant, plusieurs de ces facteurs sont modifiables, d'où l'importance d'agir en amont.

* L'indice AVCI est une méthode de calcul qui sert à établir la charge globale de morbidité en prenant en compte la somme des années de vie potentiellement perdues par la mortalité prématurée et les années de bonne santé perdues en raison d'incapacités. Pour en savoir davantage sur la méthode de calcul AVCI, le lecteur peut consulter le document intitulé « Estimation de la charge de morbidité imputable aux facteurs environnementaux », publié par l'OMS.

-
1. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux », 2008, p. 5
 2. Ibid., p. 5 et tiré du Conseil médical du Québec, 2001; World Health Organization, 2000
 3. WILKERSON, Bill. « Le rendement économique des investissements des entreprises et du gouvernement dans la santé mentale des Canadiens plus évident dans le milieu de travail » (sans date) http://gwcentrepourlasantementale.com/pdf/s7_004788fr.pdf
 4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens », 2005, p. 8
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux », 2010, p. 7
 6. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, « Vers une première ligne forte en santé mentale – Messages clés de la littérature scientifique », 2007, p. 3, tiré de « Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois – Une synthèse pour soutenir l'action ». Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 1.2), Institut de la statistique du Québec, 2010

Cette même enquête montre aussi que de nombreuses personnes ayant un trouble mental consultent les services de première ligne. Au Québec, les omnipraticiens sont les plus consultés, suivis des psychologues.⁷ Il est donc essentiel que les équipes en santé mentale de première ligne soient arrimées solidement avec ces professionnels et qu'elles soient en mesure de répondre à des demandes concernant une diversité de troubles mentaux légers et modérés dans la population.

Il faut également tenir compte du fait que les problèmes d'abus de substance sont fréquents chez les personnes souffrant d'un trouble mental. On observe en effet un taux élevé de symptômes psychiatriques chez les personnes ayant un problème de dépendance, et l'inverse concernant les personnes ayant un trouble mental.⁸

Pour ces raisons et ainsi que le recommande Santé Canada (2002), des efforts sont nécessaires afin de créer un partenariat étroit avec les programmes-services Dépendances afin que les professionnels qui travaillent dans ce secteur repèrent leurs clients aux prises avec des problèmes de santé mentale et que les équipes en santé mentale fassent de même avec leurs clients qui présentent un problème de dépendance.

Dans les pages suivantes, le lecteur trouvera des renseignements concernant, entre autres, les modèles de prestation de soins et de services, les approches ainsi que les outils à rendre disponible aux équipes en santé mentale de première ligne afin d'optimiser les soins et les services. En annexe, quelques exemples d'outils sont présentés. Ils ont été sélectionnés en consultant des cliniciens expérimentés, des guides de pratique et en tenant compte de la réalité du terrain. Les outils servant à dépister des maladies spécifiques en santé mentale ne seront pas abordés dans le présent document. D'autres groupes se penchent actuellement sur ces travaux. Le cœur du document comprend deux grands thèmes, qui seront abordés dans l'ordre suivant :

- les grandes orientations relatives aux activités cliniques à l'intention des équipes en santé mentale de première ligne;
- l'équipe en santé mentale de première ligne.

Dans la réalisation de ces travaux, le MSSS a utilisé le modèle *Expanded Chronic Care Model*, élaboré en Colombie-Britannique⁹, afin de guider sa réflexion sur l'organisation des soins et des services en santé mentale. Ce modèle, adopté dans plusieurs autres provinces canadiennes, est basé sur le modèle de gestion des maladies chroniques le plus connu, à savoir le *Chronic Care Model* de Wagner, élaboré aux États-Unis.^{10 11} Ces deux modèles laissent supposer que les plus grandes améliorations dans les soins et les services résultent d'actions dans de

7. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois – Une synthèse pour soutenir l'action ». Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), 2010, p. 57

8. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT). « Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux », 2005, p. 12

9. BARR, V.J. et coll. « The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model », *Hosp Q*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82

10. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. « Une étude sur les modèles d'organisation de première ligne et la santé des patients atteints de maladies chroniques – Implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitant », 2007, p. 7

11. WAGNER, E.H. et coll. « Improving chronic illness care: Translating evidence into action », *Health Aff. (Millwood)*, vol. 20, n° 6, 2001, p. 64-78

multiples domaines et impliquent la collaboration de nombreux acteurs. Nos actions doivent être guidées par les meilleures connaissances scientifiques, par les préférences des utilisateurs de services en tenant compte de leurs proches ainsi que par l'expertise et le jugement des professionnels.

Le modèle a été retenu en raison de sa concordance avec la vision du PASM, entre autres par sa reconnaissance du rôle actif des utilisateurs de services, du milieu communautaire et de l'importance reconnue au continuum de soins. De plus, le modèle s'oriente vers une approche populationnelle et il correspond aux normes de qualité des soins édictées par Agrément Canada.

Les grandes orientations relatives aux activités cliniques à l'intention des équipes en santé mentale de première ligne

La santé mentale est probablement l'une des spécialités qui touchent le plus grand nombre d'interfaces avec lesquelles les intervenants doivent s'arrimer dans chacune des situations cliniques. Que ce soit les centres d'aide aux victimes, les centres de prévention du suicide (CPS), les corps policiers, les programmes d'aide aux employés (PAE), les groupes de médecine de famille (GMF), les membres de l'entourage des personnes atteintes d'un trouble mental et les ressources communautaires qui leur offrent des services ou les services spécialisés en santé mentale, entre autres, tous ont un rôle à jouer en matière de santé mentale. Afin de tenir compte de ces leviers pour améliorer les soins et les services en santé mentale au Québec, le MSSS encourage l'implantation des soins de collaboration.

1.1 Les soins de collaboration

Selon l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) :

« Les soins de santé mentale axés sur la collaboration désignent des modèles de pratique au sein desquels les utilisateurs de services et leurs proches, ayant leur propre expérience, en collaboration avec des prestataires de soins et de services, chacun doté d'une formation, d'une expérience clinique, en tenant compte des lois professionnelles en vigueur, travaillent de concert pour mieux coordonner les soins et les services et les rendre plus efficaces. Ces services comprennent la promotion de la santé mentale, la prévention et le traitement des maladies mentales jusqu'au rétablissement ».¹²

Les soins en collaboration peuvent prendre plusieurs formes et impliquer un éventail de partenaires dans divers contextes. L'objectif principal est d'assurer que la personne ait accès à une gamme et à un continuum complets de soins et de services qui sont éclairés par la connaissance des bonnes pratiques et qui sont offerts d'une manière acceptable pour eux, leurs proches et les intervenants impliqués.¹³

12. INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE. « Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires – Trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs », 2006, p. 1

13. SIMON, G. « Collaborative care for mood disorders », *Current Opinions in Psychiatry*, vol. 22, n° 1, 2009, p. 37-41

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.

Les soins de collaboration impliquent deux grands changements dans la pratique, à savoir :

- l'expansion et la diversité de la gamme des partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle;
- le renforcement de l'autodétermination de l'utilisateur de services.

1.1.1 L'expansion et la diversité de la gamme des partenaires pour répondre aux besoins de la clientèle

Afin de bien répondre aux besoins de la clientèle, la diversité des acteurs est nécessaire, puisque les situations cliniques se sont complexifiées au fil du temps et suivant les changements d'ordre légal et social. Pensons, par exemple, à l'augmentation du nombre d'immigrants au Québec, de familles reconstituées ou monoparentales, de parents atteints de maladie mentale et à la reconnaissance des droits des utilisateurs de services. Ces situations, qui étaient rares il y a à peine 30 ou même 20 ans, sont maintenant monnaie courante. Ces changements, qui se sont faits rapidement, exigent de nouvelles façons d'offrir les soins et les services en santé mentale au Québec. Devant ces faits, des efforts doivent être déployés afin de promouvoir les services en santé mentale selon une vision ouverte sur la communauté plutôt qu'une vision axée sur le milieu hospitalier.

Les soins de collaboration impliquent une gamme variée de partenaires interdépendants dans le système de santé et des services sociaux ainsi que dans la communauté. L'expertise de chacun est reconnue et est importante pour offrir les meilleurs soins et services à la clientèle. Par exemple, les services spécialisés en santé mentale ont une expertise pointue en ce qui concerne les traitements combinés et complexes, mais connaissent moins bien la gamme de services que peut offrir la communauté et vice versa.

Dans une vision globale, selon l'expertise d'une équipe, les principaux partenaires dans les soins de collaboration varieront. Par exemple, les équipes de deuxième ligne en santé mentale auront probablement pour principaux partenaires les équipes en santé mentale de troisième ligne et de première ligne, les équipes de suivi intensif dans la communauté, les cliniques spécialisées comme les cliniques pour les premières psychoses, les services d'urgence, etc. En ce qui concerne les équipes en santé mentale de première ligne, des arrimages solides sont 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 de santé mentale;
- les équipes de suivi d'intensité variable;
- les organismes communautaires qui offrent des services aux membres de l'entourage des personnes atteintes de troubles mentaux;

- les services de deuxième ligne en santé mentale (ex. : cliniques externes et unités d'hospitalisation);
- les services d'urgence;
- les services généraux psychosociaux;
- les programmes-services Dépendances;
- les PAE;
- d'autres partenaires, selon les particularités de la clientèle d'une région.

Étant donné que les omnipraticiens sont les professionnels consultés le plus souvent par les personnes ayant des troubles mentaux, les équipes en santé mentale de première ligne doivent leur apporter une attention particulière afin de les soutenir dans leur pratique. Pour réaliser des arrimages, des modes de fonctionnement et des outils simples et standardisés, du moins à l'échelle régionale, sont essentiels afin d'augmenter l'efficacité et la rapidité des échanges. Les modes suivants devront faire l'objet de discussions, par exemple les formulaires de recommandation et de suivi, la création et l'application de protocoles de suivi et d'ordonnances collectives et l'introduction de professionnels de l'équipe en santé mentale de première ligne dans les GMF. Les tables des départements régionaux de médecine générale (DRMG) sont des canaux à privilégier pour joindre les omnipraticiens et entamer ces discussions.

Quant aux groupes communautaires qui offrent des services aux personnes ayant des troubles de santé mentale, ils doivent eux aussi devenir des partenaires privilégiés en vue d'aider les équipes en santé mentale à faire les suivis des personnes dont l'état mental est jugé stable.

En ce qui concerne les organismes communautaires offrant des services aux membres de l'entourage des personnes atteintes, des modes de fonctionnement sont aussi à déterminer. Déjà, dans certaines régions, des ententes sont signées concernant l'orientation systématique des membres de l'entourage vers les ressources qui répondent à leur besoin d'information et de soutien. Cependant, malgré l'orientation, il est important que les membres de l'équipe leur portent une attention particulière afin de désamorcer l'état de crise qu'ils peuvent vivre en début de consultation.

Quant aux services spécialisés en santé mentale, l'introduction, par exemple, d'un professionnel de l'équipe en santé mentale de première ligne dans une équipe spécialisée peut faciliter la transition de l'utilisateur de services entre les services hiérarchisés, en plus d'être un bon moyen de transfert de connaissances. Pour ces partenaires, les lieux les plus propices pour discuter des modes de fonctionnement sont les départements de psychiatrie.

Les services d'urgence ne sont pas à négliger. Dans certains cas, lorsque la personne qui consulte n'est pas en situation de crise, l'équipe en santé mentale de première ligne peut faire des interventions et apporter un soutien précieux à la personne, aux proches et aux urgentologues.

Naturellement, des partenariats étroits sont souhaités avec les services généraux psychosociaux et particulièrement avec les programmes-services Dépendances, étant donné le taux de prévalence élevé des abus de substance chez la clientèle en santé mentale.

1.1.2 Le renforcement de l'autodétermination de l'utilisateur de services

Les soins de collaboration impliquent aussi la reconnaissance de l'utilisateur de services et de ses proches comme des membres de l'équipe à part entière. L'expertise qu'ils ont acquise en vivant l'expérience de la maladie mentale 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. Ce droit indéniable des utilisateurs de services demande l'engagement des personnes concernées. Voici un exemple. D'une part, le professionnel doit informer l'utilisateur de services des différentes options possibles pour son traitement, des bienfaits recherchés et des effets indésirables potentiels de chacun d'eux afin que ce dernier puisse prendre une décision éclairée. Ce principe d'autodétermination n'est pas nouveau, mais il est renforcé dans les soins de collaboration. D'autre part, la participation active de l'utilisateur de services implique sa motivation au changement et son intérêt à l'autogestion des soins selon ses capacités. Pour cette raison, le MSSS encourage l'implantation de l'entrevue motivationnelle et le soutien à l'autogestion des soins.

1.2 L'entrevue motivationnelle

Avant d'amorcer un traitement, le clinicien peut, grâce à l'entrevue motivationnelle, situer la personne dans son cheminement vers le changement afin d'adapter ses interventions. En l'absence de motivation, cette approche permet de susciter la motivation et ensuite de la renforcer ou d'examiner et de résoudre l'ambivalence de la personne afin de l'aider à réaliser des changements positifs dans sa vie.¹⁴ La connaissance des valeurs et des préférences de la personne concernant les options de traitement aide aussi le professionnel à déterminer le traitement et l'approche à privilégier. Le fait de prendre en considération les préférences de l'utilisateur de services augmente la fidélisation de la personne à son traitement.

1.3 Le soutien à l'autogestion des soins

Le soutien à l'autogestion des soins vise à soutenir les personnes afin qu'elles puissent jouer un rôle actif dans leurs soins. Ce concept n'est pas nouveau au Québec. Au début des années 1990, Harvey décrivait les principaux éléments d'autogestion comme étant le développement de la confiance en soi afin de pouvoir prendre des décisions concernant sa santé, le développement de la connaissance de soi afin de déterminer ses ressources et la capacité de changer de comportement et d'agir dans le sens des décisions que l'on a prises. Selon cet auteur, l'autogestion consiste non seulement en des stratégies éducatives, mais aussi en des interventions qui permettent le développement de nouvelles compétences, l'application de nouvelles aptitudes et la participation au processus décisionnel.¹⁵

Par ailleurs, le fait de reconnaître que les efforts d'autosoins sont plus efficaces lorsqu'un soutien est offert par un intervenant, un proche ou un pair aidant est plus récent. Par exemple, une méta-analyse sur les interventions d'autogestion de la dépression par Gellatly et ses collaborateurs (2007) a rapporté un effet modéré des interventions qui n'incluaient pas de soutien par des professionnels de la santé, mais un effet important des interventions

14. MILLER, W.R. et S. Rollnick. « Ten things that motivational interviewing is not », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 37, n° 2, 2009, p. 129-140

15. HARVEY, G. « Éducation pour la santé – Modèle d'autogestion », présenté au colloque *État de la recherche en éducation pour la santé*, 61^e Congrès de L'ACFAS, Rimouski, Québec, mai 1993

d'autogestion dans lesquelles les intervenants suivaient les progrès des personnes dépressives et offraient des informations et des encouragements.¹⁶

De façon générale, l'autogestion peut aider les personnes à répondre à trois types de défis, à savoir :

- la gestion des aspects médicaux de leur maladie;
- la gestion des aspects relationnels ainsi que l'impact de la maladie sur leur identité;
- la gestion des émotions provoquées par leur maladie.¹⁷

Parmi les différents outils d'autogestion des soins, on trouve des guides d'autosoins, la bibliothérapie, des instruments d'autosoins audiovisuels ou accessibles sur Internet, des programmes de thérapie cognitivo-comportementale assistés par ordinateur ainsi que des programmes structurés d'autosoins. Certains outils peuvent offrir des informations et des conseils généraux sur la santé mentale, tandis que d'autres peuvent être adaptés davantage à un trouble mental spécifique.

L'utilisateur de services et ses proches peuvent aussi être guidés par des outils qui les aident à reconnaître, par exemple, des signes précurseurs d'une rechute et leur indiquer comment agir ainsi que les endroits où il est possible d'aller consulter, à toute heure du jour ou de la nuit, tant la semaine que la fin de semaine. Le matériel doit être élaboré en tenant compte des particularités régionales. En voici un bel exemple : « Le guide d'autosoins pour la grippe A (H1N1) » accessible à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca>. Bien qu'il ne concerne pas la santé mentale, il peut être inspirant dans l'élaboration d'un tel outil.

Dans un contexte de soins en collaboration, le soutien à l'autogestion des soins peut provenir de diverses sources, dont les suivantes :

- des professionnels de la santé (ex. : médecins, psychiatres, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes);
- des pairs aidants;
- des acteurs dans la communauté ayant une expertise en santé mentale;
- des proches de la personne atteinte.

Soulignons que ce ne sont pas toutes les interventions d'autosoins qui ont démontré leur efficacité. Il est donc important d'adopter des approches qui sont soutenues par des données probantes, des guides de pratique ou qui semblent prometteuses selon l'avis des experts. Actuellement, les interventions basées sur la thérapie cognitivo-comportementale semblent plus efficaces que d'autres interventions qui ne sont pas fondées sur ces approches thérapeutiques.¹⁸ Des questions de culture, de littératie* et d'autres caractéristiques des

16. GELLATLY, J. et coll. « What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? », Meta-analysis and meta-regression, *Psychological Medicine*, vol. 37, n° 9, 2007, p. 1217-1228

17. CORBIN, J. et A. Strauss. « Unending work and care: Managing chronic illness at home », États-Unis, Jossey Bass Publishers, 1988

18. GELLATLY, J. et coll. « What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? », Meta-analysis and meta-regression, *Psychological Medicine*, vol. 37, n° 9, 2007, p. 1217-1228

* Le Conseil canadien sur l'apprentissage a retenu la définition suivante de la littératie en santé (dont l'alphabétisation n'est que l'un des quatre aspects) : « C'est la mesure dans laquelle une personne est capable d'obtenir, de traiter et de comprendre l'information de base sur la santé et les services dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées sur sa santé ». (Source : Les cahiers de MedActuel, vol. 8, n° 30, novembre 2008)

utilisateurs de services doivent aussi faire l'objet d'une attention particulière pour s'assurer que les utilisateurs de services comprennent bien.

Cette nouvelle façon de dispenser et de coordonner les soins et les services est tout à fait en accord avec la philosophie de soins en santé mentale, qui est axée sur le rétablissement.

L'équipe en santé mentale de première ligne

L'équipe en santé mentale de première ligne est composée de professionnels qui possèdent des connaissances et des compétences en santé mentale et qui visent des objectifs communs. Les membres de l'équipe déterminent leurs valeurs et partagent la même philosophie de soins axée sur le rétablissement. En collaboration avec le gestionnaire, ils portent et partagent collectivement une responsabilité envers la population de leur territoire. Ils s'assurent de la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins de leur population et ils adoptent des stratégies en vue d'améliorer la santé de celle-ci, en partenariat avec des ressources de leur territoire. Les membres de l'équipe se complètent les uns les autres par leur formation et leur expertise respectives ainsi que par leur rôle spécifique afin de prendre en compte les aspects biopsychosociaux et spirituels d'un individu. L'approche globale de la personne doit être privilégiée.

L'interdisciplinarité, qui crée nécessairement des échanges entre les membres, est l'une des grandes forces de l'équipe. Elle fait en sorte que ces membres s'enrichissent mutuellement et offrent de meilleurs services à la clientèle. Cette approche contribue également à préserver la santé mentale des ressources humaines qui côtoient chaque jour des personnes souffrantes. La communication, les valeurs communes de ses membres, le soutien mutuel, le respect et la confiance forment l'alliance fondamentale de l'équipe. Tout cela repose d'abord sur la connaissance de l'autre et la reconnaissance des connaissances et des compétences que chacun a le devoir d'actualiser.

L'approche est centrée sur le client et les membres de son entourage. L'utilisateur de services participe activement à l'évaluation, il collabore au traitement et enfin, il participe aux décisions qui le concernent.¹⁹ Souvent, les membres de l'entourage l'accompagnent et le soutiennent. Ils ont donc besoin d'être accueillis, informés, soutenus et orientés dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans le réseau local de service (RLS), quels que soient le fournisseur consulté et le type de service réclamé.²⁰ D'ailleurs, le PASM mentionne que : « [...] les intervenants du réseau doivent être attentifs à conseiller les proches pour qu'ils n'hésitent pas à chercher du soutien lorsqu'ils en ont besoin ».²¹

2.1 La philosophie de soins de l'équipe

La philosophie de soins est axée sur le rétablissement, lequel est défini comme étant : « le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les

19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – *La force des liens* », 2005, p. 12

20. Ibid., p. 41

21. Ibid., p. 66

limites imposées par son état ». ²² 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 ». ²³

2.2 Les rôles attendus de l'équipe

Avant de déterminer les professions des membres de l'équipe, il est essentiel de connaître les rôles attendus de celle-ci.

Trois grands rôles sont dévolus à l'équipe en santé mentale de première ligne, à savoir :

- évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes qui lui sont acheminées;
- offrir à la clientèle des soins et des services basés sur les données probantes et les guides de pratique dans un contexte de première ligne, en tenant compte des proches;
- assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes, y compris certaines ressources communautaires.

2.2.1 Évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes acheminées à l'équipe en santé mentale de première ligne

Afin d'offrir des soins et des services de qualité ou d'orienter les personnes vers la ressource appropriée à leur situation, des évaluations sont nécessaires. Pour ce faire, certains professionnels de l'équipe en santé mentale de première ligne en CSSS, par exemple les psychologues, les infirmières et les travailleurs sociaux, doivent développer les connaissances et les compétences nécessaires pour jouer le rôle de guichet d'accès en santé mentale (GASM). Ils assument cette fonction à tour de rôle à travers leurs activités professionnelles et selon le volume des demandes qui leur sont acheminées. Ils peuvent faire l'évaluation en solo ou en collaboration avec les autres professionnels si la situation l'exige. La répartition régulière de la fonction de GASM entre eux fait en sorte que cette expertise est partagée et non concentrée sur une seule personne, ce qui priverait l'équipe de son expertise lorsque cette personne quitte son travail temporairement ou de façon permanente. De plus, le fait que ce rôle soit partagé fait en sorte qu'il est possible d'évaluer un plus grand nombre de personnes dans une même journée, comparativement au modèle, où tout repose sur un seul professionnel, ce qui entraîne alors un engorgement dans l'accessibilité en plus de rendre rapidement le travail assez routinier. Enfin, l'exposition des professionnels à ce mécanisme d'accès les sensibilise également au principe de la responsabilité populationnelle auquel doit répondre leur CSSS. Pour en connaître davantage sur le GASM, le lecteur peut se référer au document intitulé « Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS », publié en 2008 par le MSSS et accessible à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca.

22. KIRK, Thomas A, « Recovery-Oriented Service System », 2002
http://www.mindlink.org/dmhas_recovery_pol.html

23. AUCOIN, Léonard. M PS, MP.H. « La prévention et la gestion des maladies chroniques sont des priorités », Perspective infirmière, novembre-décembre, 2007, p. 27

L'évaluation des demandes nécessite l'utilisation d'outils cliniques reconnus afin de bien déterminer les besoins et suivre le plus objectivement possible l'évolution de la situation en cours de traitement. L'accès à des ordonnances collectives et à des protocoles facilitera aussi les évaluations.

Protocoles infirmiers

Le protocole infirmier est :

« [...] un outil clinique élaboré dans le but d'assurer une intervention appropriée face à des situations cliniques spécifiques et problématiques relevant des soins infirmiers. Il précise la situation clinique visée, définit les conditions d'application, dont les limites à respecter, et fournit des instructions pour la prise de décision ou l'intervention. Ces instructions incluent les soins et les traitements à effectuer selon le déroulement de l'intervention et les réactions du client. Le protocole infirmier détermine ainsi une conduite à tenir appuyée par des normes reconnues. Il peut faire référence, le cas échéant, à une méthode de soins ».²⁴

Ordonnances collectives et individuelles

Les ordonnances collectives et individuelles sont essentielles dans les soins de collaboration et les soins par étapes afin de donner une plus grande autonomie aux professionnels et qu'ils puissent ainsi assurer un suivi efficace et sécuritaire. Une fois implantés, ces outils facilitent également l'accessibilité aux soins et aux services.

L'ordonnance collective est :

« [...] une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour des situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles ».²⁵

Par exemple, des examens pourraient être ciblés dans une ordonnance collective afin d'être entrepris lors de l'évaluation d'un client recommandé ou autorecommandé pour des symptômes anxieux ou dépressifs. Ces ordonnances collectives permettent à la personne qui présente des symptômes spécifiques d'avoir accès rapidement à un bilan de santé afin que :

- le médecin pose un diagnostic dans les plus brefs délais;
- les intervenants entreprennent rapidement un traitement;
- les intervenants préviennent une détérioration de l'état de santé mentale et/ou physique de la personne;
- les intervenants contribuent à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé et de services sociaux.

24. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC et ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, OIIQ-OIIAQ. « Règle de soins infirmiers – Orientation pour une utilisation judicieuse de la Règle des soins infirmiers », 2005, p. 20

25. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin ». (Loi médicale L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. d). À jour au 1^{er} décembre 2009

Deux exemples d'ordonnances collectives sont présentés dans les annexes 3 et 4. Soulignons qu'il s'agit d'exemples et que toute ordonnance collective doit être approuvée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la Direction des soins infirmiers (DSI) de chacun des établissements qui désirent y avoir recours. Pour plus d'information sur les ordonnances collectives et individuelles, le lecteur peut consulter le document intitulé « Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières » (mise à jour du guide d'application publié en 2003), accessible à l'adresse suivante : www.oiiq.org/uploads/publications/cadre_legal/GuideExerciceInfirmier.pdf

L'ordonnance est individuelle lorsqu'elle s'adresse spécifiquement à un utilisateur de services. Celle-ci est intégrée au plan de cheminement clinique de la personne et facilite son suivi.

Par ailleurs, il est essentiel que les équipes aient accès à des outils de dépistage reconnus. Ces outils peuvent être utiles **en complément à la pratique**. Naturellement, le jugement clinique est toujours prépondérant lorsqu'ils sont utilisés. Outre des outils concernant des maladies spécifiques, voici une liste minimale d'outils qui doivent être mis à leur disposition.

Outils retenus par le MSSS :

- l'échelle globale du fonctionnement (EGF) ou échelle de Sheehan (en anglais *Sheehan Disability Scale* ou SDS);
- le DÉBA-Alcool (DÉBA-A);
- le DÉBA-Drogues (DÉBA-D);
- les critères de référence au programme Alcochoix+;
- le DÉBA-Jeu;
- le plan en situation de crise.

L'échelle globale du fonctionnement (EGF) ou échelle de Sheehan (SDS)

Considérant que l'ensemble des troubles mentaux peut amener des incapacités fonctionnelles, sociales et physiques et avoir des conséquences majeures sur les activités telles que le travail, les études et les loisirs et sur la qualité de vie des personnes, les équipes doivent disposer d'une échelle d'évaluation du fonctionnement telle que l'EGF ou la SDS. Ce type d'outil permettra d'évaluer objectivement les capacités de la personne dans la poursuite de ses activités habituelles ou de déterminer s'il serait préférable pour elle de les cesser temporairement. L'échelle de Sheehan (SDS), moins connue, « peut être utilisée pour évaluer le fonctionnement au travail ou à l'école, la vie sociale, la vie familiale et les responsabilités à la maison ».²⁶

Le DÉBA-Alcool (DÉBA-A)

Le DÉBA-Drogues (DÉBA-D)

Les critères de référence au programme Alcochoix+

26. ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. La Revue canadienne de psychiatrie, « Guide de pratique clinique – Traitement des troubles anxieux », vol. 51, n° 8, suppl. 2, juillet 2006, p. 11S

Étant donné que la littérature témoigne d'un taux élevé d'abus de substance chez les personnes atteintes de troubles mentaux, la prise en compte des dépendances est importante. Sans retarder le traitement, elles influenceront tout de même le traitement à offrir. C'est pourquoi le DÉBA-A et le DÉBA-D sont introduits dans les principaux outils. Ils visent les objectifs suivants :

- détecter la dépendance;
- déterminer le degré de gravité de la consommation d'alcool ou de drogues.

Selon le degré de gravité déterminé, les professionnels de l'équipe en santé mentale de première ligne en CSSS, en concertation avec l'utilisateur de services, seront en mesure d'adapter les soins aux besoins de la personne. En pareilles situations, il est possible d'entreprendre des soins de collaboration avec les professionnels du programme-services Dépendances dans le CSSS ou d'orienter la personne vers un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies (CRPAT).²⁷ Selon les auteurs de ces outils, le DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogues peuvent aussi être utilisés dans une perspective d'intervention motivationnelle en remettant un rapport détaillé à la personne concernée. Ces trois outils sont présentés dans les annexes 5, 6 et 7. Un manuel d'utilisation de ces outils est accessible à l'adresse suivante : <http://risqtoxico.ca> et des informations sur le programme Alcochoix+ sont accessibles à l'adresse suivante : www.alcochoix.ca.

Le DÉBA-Jeu

La dépendance aux jeux de hasard et d'argent (JHA) peut causer une grande détresse psychologique amenant même la personne à croire que le suicide est la solution ultime pour régler son problème de dépendance aux JHA et les autres problèmes qui en découlent. Considérant que les joueurs excessifs sont souvent des individus ayant une vulnérabilité psychologique²⁸, le DÉBA-Jeu est présenté dans l'annexe 8.

Cet outil de dépistage a pour objectifs :

- de déterminer les différents types d'utilisateurs de JHA, allant des personnes qui ne courent pas de risque de développer une dépendance au jeu aux personnes qui présentent les critères du jeu pathologique;
- à la suite du résultat obtenu, d'orienter la personne vers la ressource appropriée selon le degré de sa dépendance.

Un manuel d'utilisation du DÉBA-Jeu est accessible à l'adresse suivante : www.risqtoxico.ca.

Le plan en situation de crise

Le plan en situation de crise est un outil de prévention. Celui qui est présenté dans l'annexe 1 est celui qui a été conçu par l'ICCSM. Il serait pertinent de le remplir, particulièrement lorsque le

27. TREMBLAY, J. et N. BLANCHETTE-MARTIN. « MANUEL D'UTILISATION du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu », version 1.08, 2010

28. UNIVERSITÉ CONCORDIA. « Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans », 2010, p. 39

professionnel juge que l'état mental de l'utilisateur de services risque de se détériorer. Il peut aussi être très utile aux membres de l'entourage, lors d'une situation de crise, afin de connaître les volontés et les préférences de la personne en difficulté. Cependant, il faut bien comprendre que cet outil ne remplace pas un mandat d'inaptitude et qu'il n'autorise personne à agir contre le gré de l'utilisateur de services. Ce dernier peut même changer d'avis à tout moment. Malgré tout, le plan en situation de crise donne des pistes d'intervention.

2.2.2 Offrir des soins et des services basés sur des données probantes et des guides de pratique dans un contexte de première ligne en tenant compte des proches

Selon des preuves scientifiques :

« Parmi les personnes atteintes de troubles mentaux courants qui consultent pour des raisons de santé mentale, environ la moitié ne reçoivent pas un traitement minimalement en adéquation avec les guides de pratique ».²⁹

Pour cette raison, le MSSS a statué que l'efficacité des traitements offerts doit être basée sur des données probantes ou reconnue dans les guides de pratique.

« Le fait de recevoir un traitement minimalement en adéquation avec les guides de pratique est associé à l'amélioration de l'état de santé des patients et à un meilleur rapport coût-efficacité ».³⁰

En l'absence de ces données, les consensus d'experts pourront être pris en compte dans le choix du traitement.

La raison d'être des guides de pratique est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ils rendent compte de l'état actuel des connaissances en ce qui a trait aux meilleures pratiques et ils sont également un important moyen pour maintenir ses connaissances à jour. On définit ces guides comme des « énoncés systématiques conçus pour aider les praticiens et les utilisateurs de services à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques précises ».³¹ Un guide de pratique devrait reposer sur les données probantes les plus actuelles.³²

Les guides de pratique peuvent provenir de nombreuses sources et s'adresser à différents professionnels. Par exemple, parmi les organisations canadiennes qui élaborent des guides se trouvent l'Association médicale canadienne, l'Association des psychiatres du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Plusieurs guides de pratique de haute qualité proviennent aussi d'organisations internationales dont l'American Psychiatric Association, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), le Scottish Intercollegiate Guidelines Network, le National Health and Medical Research Council d'Australie

29. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Vers une première ligne forte en santé mentale – Messages clés de la littérature scientifique », 2007, p. 7

30. Ibid., p. 10

31. INSTITUTE OF MEDICINE. « Guidelines for clinical practice: Directions for a new program », États-Unis, National Academies Press, 1990

32. WOLLERSHEIM, H., J. Burgers et R. Grol. « Clinical guidelines to improve patient care », The Netherlands Journal of Medicine, vol. 63, n° 6, 2005, p. 188-192

et le New Zealand Guideline Group. Enfin, des bibliothèques virtuelles peuvent également être consultées, dont le National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), le Guidelines International Network (www.gin.net/guidelines), le Réseau Qualaxia (www.qualaxia.org) et Crise (www.crise.ca). Certains ordres professionnels mettent aussi des guides de pratique à la disposition de leurs membres.

Cependant, la qualité des guides peut varier. Pour cette raison, les professionnels doivent être prudents lorsqu'ils les choisissent. Des outils peuvent les aider à évaluer la qualité des guides de pratique, dont AGREE (2009), accessible à l'adresse suivante : www.agreetrust.org.

De plus, dans un contexte de soins de première ligne, les soins dispensés par l'équipe doivent être offerts selon les trois types d'approche thérapeutique suivants :

- selon une approche de traitement autogéré et supervisé;
- selon une approche de groupe;
- selon une approche individuelle.

Les traitements, qu'ils soient autogérés, de groupe ou individuels, sont délimités dans le temps afin que les ressources soient utilisées à bon escient et de faciliter la gestion de l'accès aux soins et aux services en santé mentale. Des objectifs sont fixés avec la personne, en précisant les échéances, et ce, dès le début du traitement. Ces objectifs seront évalués régulièrement, en tenant compte de la philosophie de soins afin de mettre fin au traitement, l'orienter différemment, le prolonger ou diriger la personne vers une ressource mieux adaptée à ses besoins.

Quant aux services offerts aux proches, il est essentiel de rendre de l'information accessible concernant des sujets en rapport avec les troubles mentaux, sous forme de lectures, de rencontres de groupes ou individuelles, si ce n'est pas déjà fait. Les proches doivent aussi être informés des ressources existantes dans la communauté pour répondre à leurs besoins.

Les traitements offerts sont basés sur deux modèles de prestation de soins et de services, à savoir :

- les soins par étapes;
- le suivi systématique des clientèles.

Les soins par étapes

L'idée centrale des soins par étapes est de bien évaluer la personne afin de lui offrir un traitement qui correspond et répond à ses besoins. Cette approche, issue du NICE en Angleterre est proposée dans les cas de troubles mentaux les plus fréquents, particulièrement la dépression.

L'illustration du modèle à partir d'une pyramide indique sommairement les interventions proposées dans le cas d'une dépression, selon la gravité, la persistance des symptômes observés, la complexité de la situation clinique et la réponse aux traitements offerts.

Dans une vision globale, l'ascension des étapes de la pyramide suppose que la situation clinique exige un traitement et une expertise de plus en plus spécialisés. Selon les rôles attendus de l'équipe en santé mentale de première ligne en CSSS, celle-ci devrait avoir les

connaissances et les compétences nécessaires pour offrir le traitement jusqu'à la troisième étape. La quatrième étape implique les services spécialisés.

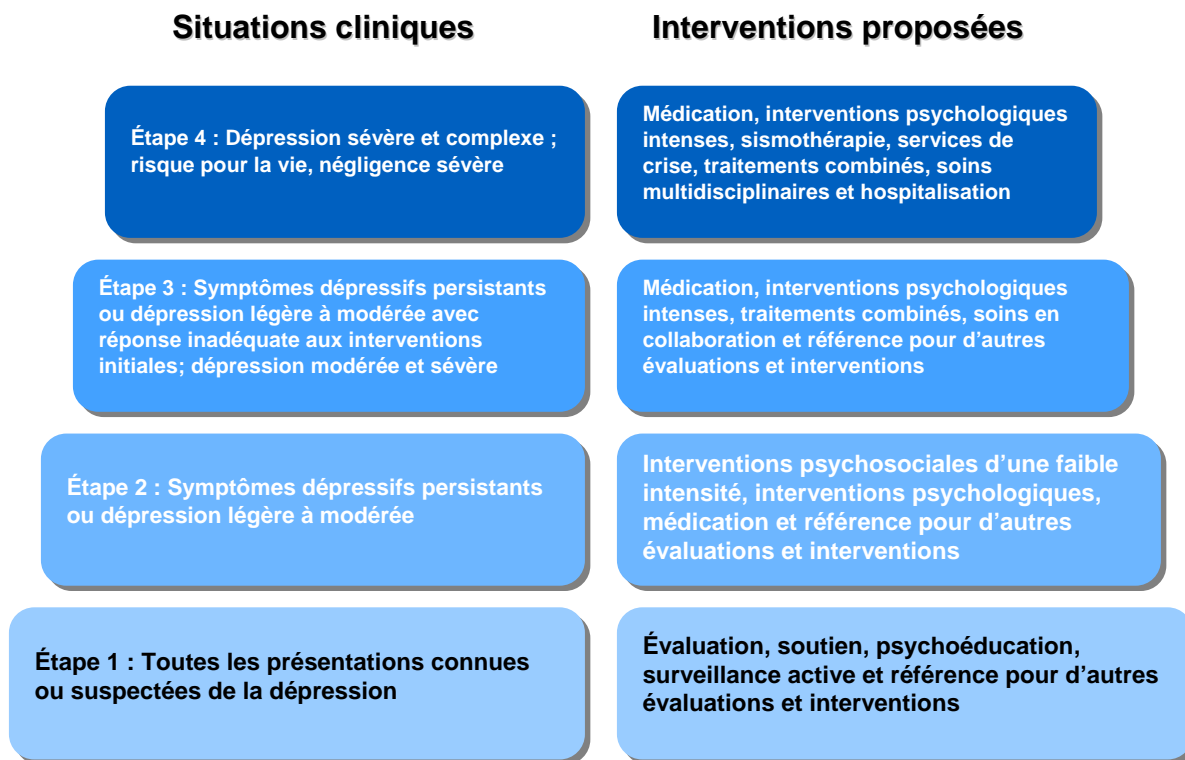


Figure 1 : Les soins par étapes ou Stepped Care Model

Source

Tableau tiré de « Depression – The treatment and management of depression in adults », Clinical guideline 90 (partial update of NICE clinical guideline 23), octobre 2009, présenté avec la permission du National Institute for Clinical Excellence www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf

De quelle façon ce modèle peut-il être appliqué par une équipe en santé mentale de première ligne en CSSS ?

Le première étape de la pyramide concerne, entre autres, les activités concernant la fonction de GASM. Cette étape est cruciale, car elle aidera le clinicien à déterminer dès le départ l'ampleur du traitement à offrir afin de moduler les soins et les services selon les besoins. Cette étape comprend, entre autres, l'évaluation globale de la personne, y compris son état de santé physique, son état de santé mentale, l'ensemble de sa situation et de son fonctionnement social ainsi que le dépistage des troubles concomitants. Cette étape sert généralement à créer un lien de confiance, à documenter la situation clinique, à connaître les habitudes de vie, à faire de l'enseignement, à prévoir un « filet de sécurité » en cas de détérioration de l'état mental, à renseigner l'utilisateur de services et ses proches sur les ressources disponibles dans la communauté pour répondre à leurs besoins et enfin, selon l'évaluation du clinicien, à commencer le traitement en tenant compte des guides de pratique, des préférences de l'utilisateur de services et des données recueillies lors de l'entrevue motivationnelle ou à l'orienter vers d'autres ressources, si nécessaire.

La deuxième étape comprend des interventions plus complexes. Elle pourrait comprendre, entre autres, des ordonnances collectives en vue de vérifier certains paramètres, la consultation médicale, la vérification d'autres paramètres selon une prescription médicale, l'ajout d'une médication, le traitement psychologique, les interventions psychosociales, l'amorce d'un protocole, le début d'un traitement autogéré accompagné d'un soutien sous forme de lecture, de matériel audiovisuel ou d'un site Internet, et ce, avec ou sans l'accompagnement d'un professionnel ou d'un pair aidant.

D'autres activités pourraient être prévues à cette étape, par exemple des rencontres interdisciplinaires en vue de trouver d'autres solutions en mettant à contribution toute l'expertise de l'équipe, et parfois même de partenaires dans la communauté, lorsque la situation l'exige. Bien qu'une discussion interdisciplinaire puisse avoir lieu dès le début du processus, cette façon de faire n'est pas nécessaire, ni souhaitable, dans toutes les situations cliniques. Pour cette raison, cette activité n'a pas été placée à la première étape de la pyramide.

À l'étape un et deux, l'équipe en santé mentale de première ligne fait l'interface, particulièrement avec les ressources disponibles dans la communauté, dont les cliniques privées, les GMF, le milieu scolaire, les employeurs et les ressources communautaires, car il s'agit d'endroits propices pour repérer les personnes pouvant souffrir d'un trouble mental ainsi que les membres de l'entourage en détresse. Par exemple, plusieurs employeurs ont mis de l'avant un PAE et ils ont même formé des membres du personnel en vue de repérer les personnes ayant des idées suicidaires afin de leur venir en aide rapidement. L'alliance entre les équipes en santé mentale de première ligne et les partenaires dans la communauté est aussi importante que le partenariat avec les services spécialisés, car la majeure partie de la clientèle consulte les services de première ligne et y sera suivi.

La troisième étape concerne des interventions plus complexes et plus majeures qu'aux étapes précédentes, dont les traitements combinés et l'avis et/ou la supervision d'un professionnel répondant (PR) de deuxième ligne ou d'un médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP).

Enfin, la quatrième étape concerne les services spécialisés. À ce moment, il arrive que la situation clinique et la complexité du traitement nécessitent une hospitalisation. À l'étape trois et quatre, l'équipe en santé mentale de première ligne est en contact avec les services spécialisés et fait le lien avec les autres acteurs impliqués en première ligne.

Dans un même épisode de soins, les étapes de la pyramide peuvent être jumelées ou sautées, sauf la première étape, puisqu'elle comprend l'évaluation. Le fait de toujours débiter à la base de la pyramide et de passer par toutes les étapes, l'une à la suite de l'autre, peut, dans certains cas, être inadéquat et rendre le traitement plus coûteux et surtout peu efficace.

Le traitement de l'utilisateur de services est transféré des services spécialisés vers les services de première ligne lorsque les besoins cliniques peuvent être satisfaits par l'équipe de première ligne ou en collaboration avec celle-ci.³³ Lors du retour de l'utilisateur de services vers l'équipe de première ligne, une réunion de concertation est souhaitée pour les personnes concernées afin de bien orchestrer le continuum de soins et de services que l'utilisateur de services y

33. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens », 2005, p. 46

recevra. Ce milieu d'échange permettra aux intervenants des services de première et de deuxième ligne de se connaître et d'apprendre les uns des autres. En plus de constituer une activité de planification des soins et des services, il s'agit d'une activité pédagogique basée sur les connaissances et l'expérience clinique de chacun.

Par la suite, le suivi de l'utilisateur de services est assuré par l'équipe de professionnels en première ligne, avec des partenaires à l'aide du suivi systématique des clientèles (SSC), un sujet qui sera abordé ci-après. Dès que son état le permet, l'utilisateur de services est mis graduellement en contact avec les ressources dans la communauté afin qu'il puisse bénéficier de leurs services. Dans ces circonstances, l'équipe en santé mentale de première ligne en CSSS fait ses recommandations au médecin et à la ressource qui fera le suivi dans la communauté. Cependant, l'équipe de première ligne demeure disponible, jouant un rôle de superviseur clinique, et pourra redevenir le principal dispensateur de soins et de services si les besoins de l'utilisateur de services le nécessitent.

Les soins par étapes ont un impact majeur sur la façon d'utiliser les services en santé mentale. Le réflexe des cliniciens de recommander rapidement l'utilisateur de services vers la deuxième ligne, par exemple pour ajuster une médication, est chose du passé, car cela peut se faire généralement en première ligne et, au besoin, avec l'aide d'un MSRP.

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ainsi que la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines augmente l'autonomie professionnelle, faisant en sorte que le médecin n'est plus nécessairement le premier professionnel consulté lorsque l'utilisateur de services a amorcé son cheminement dans la pyramide. Afin de maximiser l'efficacité de ce modèle de prestation de soins et de services, il est essentiel que les équipes aient à leur disposition les outils suivants :

- des protocoles infirmiers;
- des ordonnances collectives et individuelles.

Le suivi systématique des clientèles (SSC)

Ce modèle de prestation de soins et de services vise des clientèles spécifiques, par exemple par groupe d'âge ou par diagnostic, dans un contexte de gestion efficace et efficiente des ressources. Il implique une planification chronologique de l'épisode de soins et vise des résultats cliniques significatifs à l'aide d'évaluations périodiques en relevant les écarts par rapport aux objectifs visés.

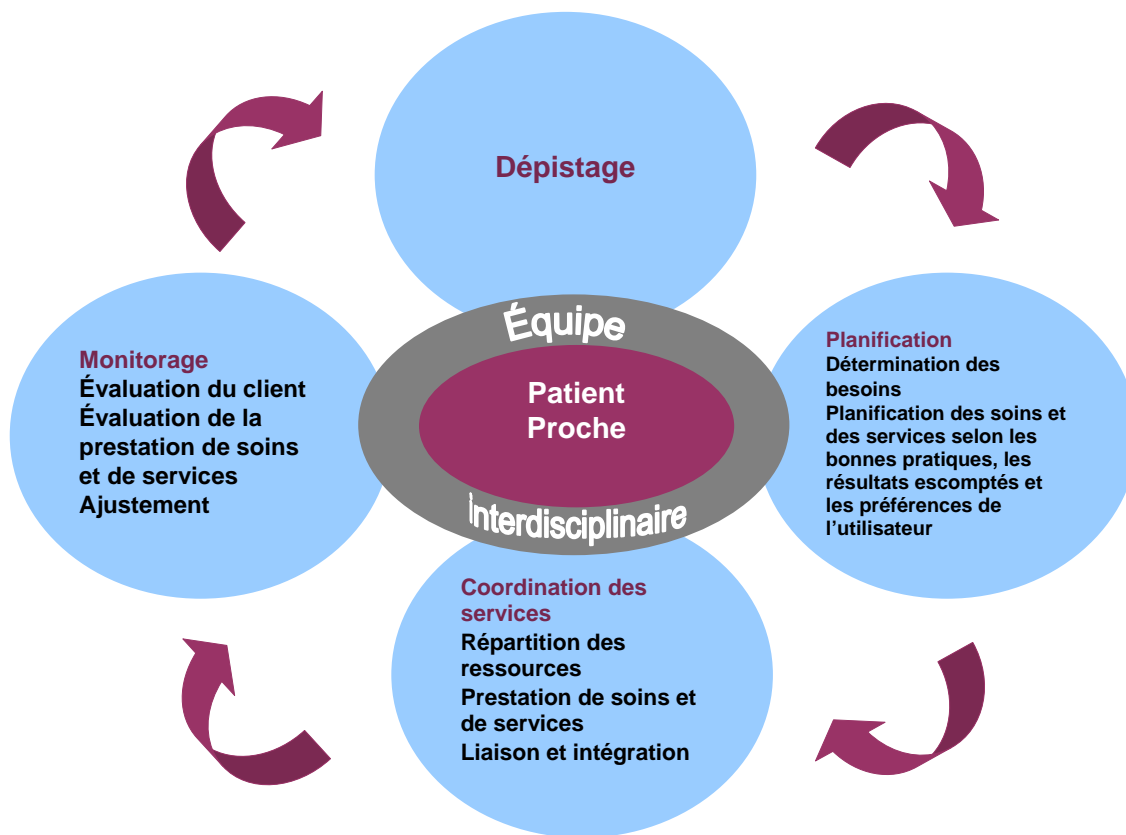


Figure 2 Suivi systématique des clientèles

Les objectifs poursuivis par le SSC sont les suivants :

- la gestion efficace et efficiente des ressources disponibles;
- la continuité et la coordination des soins et des services;
- la liaison efficace entre les professionnels afin d'éviter les bris de services;
- la pratique interdisciplinaire afin d'offrir les meilleurs soins et services à la clientèle;
- l'amélioration continue de la qualité des soins et des services;
- la planification optimale des soins et des services;
- la diminution des épisodes de soins actifs;
- la diminution du nombre des hospitalisations souvent causées par les rechutes.

Le SSC est souvent utilisé durant un épisode de soins aigus. Cependant, il peut également être utile pour assurer le suivi lorsque l'état du client est considéré comme stabilisé; il est alors basé sur un continuum de soins et de services. Le schéma présenté ci-dessous indique que l'équipe en santé mentale de première ligne est habituellement plus active auprès de l'utilisateur de services lors d'un épisode de soins aigus, alors que les ressources communautaires sont plus actives lors d'un suivi basé sur un continuum de soins et de services. Cependant, dans les deux cas, les acteurs moins actifs demeurent disponibles et ajustent leur intervention selon les besoins du client. Le passage du suivi sur la base d'un épisode de soins et de services vers le suivi sur la base d'un continuum ou vice versa est un enjeu majeur. L'intégration des deux modèles doit se faire par une bonne coordination afin d'éviter les bris de services.

Intégration des deux types de suivi

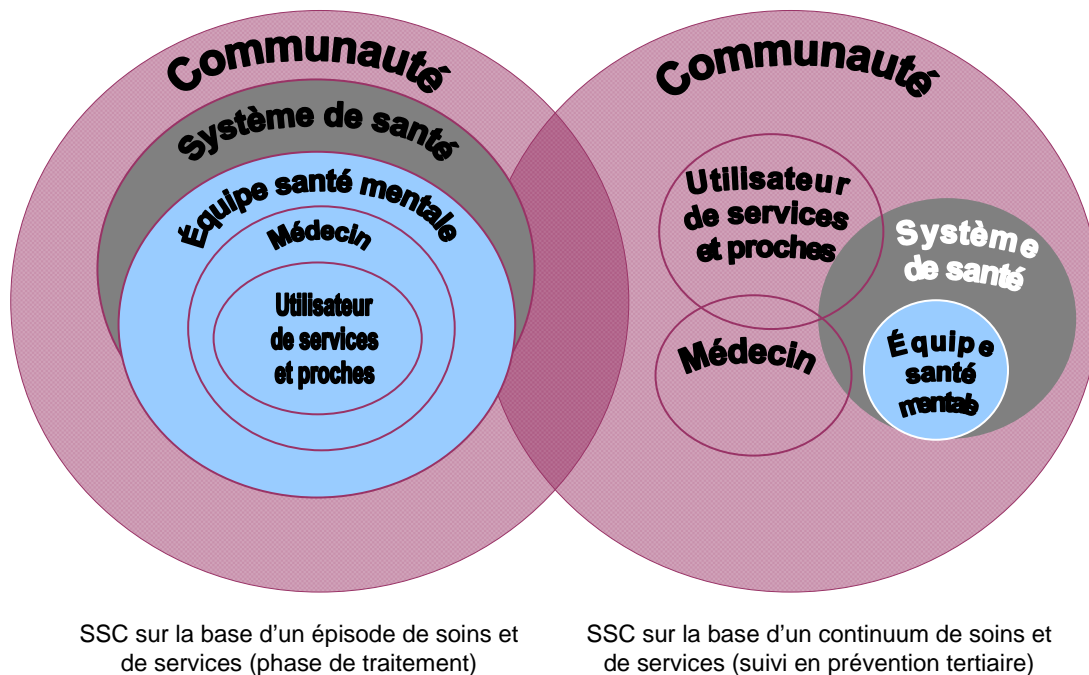


Figure 3 Intégration des 2 modèles du SSC

Certains milieux possèdent déjà des plans de suivi systématique standardisés. Pour ceux qui doivent les construire dans leur milieu clinique, il est essentiel que ces plans soient élaborés avec l'aide d'une équipe interdisciplinaire, en s'appuyant sur des données probantes et des guides de pratique reconnus, plutôt que sur les pratiques courantes de l'établissement.

À l'étape du monitoring du SSC, le MSSS demande l'introduction de la supervision clinique interne abordé à la page suivante.

Pour en savoir davantage concernant le SSC, le lecteur peut consulter les travaux suivants de Margot Phaneuf, inf., Ph. D., M.C. :

- Le suivi systématique des clientèles – Pour des soins centrés sur la personne (2008);
- Gestionnaire de suivi systématique des clientèles – Rôles et qualités nécessaires (2005);
- Le suivi systématique des clientèles – Outils et moyens de coordination (2005, révisé en 2008).

La documentation est accessible à l'adresse suivante : www.infiressources.ca

La supervision clinique interne

Cette activité consiste en une supervision exercée par le gestionnaire, en collaboration avec un professionnel de l'équipe désigné par le gestionnaire et reconnu par ses pairs pour son expertise. Il s'agit pour eux de revoir périodiquement, avec les professionnels de l'équipe et de façon individuelle, les situations cliniques de leurs clients afin d'atteindre les objectifs cités ci-dessous. Les équipes qui ont déjà implanté cette supervision témoignent de ses bienfaits. Elles ont remarqué que l'épisode de soins et de services devenait plus court, puisque le traitement était optimisé, et par conséquent facilitait l'accessibilité pour la clientèle. Également, le fait de pouvoir discuter des situations cliniques permet au professionnel concerné de prendre du recul et de se sentir appuyé par des membres de son équipe et par son gestionnaire.

La supervision clinique interne vise les objectifs suivants :

- éviter la gestion en solo des situations cliniques complexes;
- aider à la prise de décision;
- optimiser le traitement par des évaluations périodiques au bénéfice des utilisateurs de services;
- favoriser le développement professionnel continu par la transmission de l'expertise de part et d'autre;
- améliorer l'accessibilité aux soins et aux services;
- prévenir l'épuisement professionnel.

2.2.3 Assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes, y compris certains organismes communautaires

Le soutien aux partenaires est offert généralement de deux façons, à savoir :

- par des soins de collaboration;
- par la supervision clinique.

Tous les membres de l'équipe en santé mentale de première ligne peuvent dispenser des soins de collaboration avec des partenaires internes et externes. Pour en savoir davantage sur leur contribution possible, le lecteur peut se référer au tableau intitulé « Aperçu des activités de l'équipe en santé mentale de première ligne selon les rôles attendus » à la page 22.

La supervision clinique est offerte par des professionnels de l'équipe en santé mentale de première ligne appelés professionnels répondants (PR). Cette activité peut se faire par l'étude de situations cliniques, des conseils par téléphone, de l'enseignement théorique, etc. Elle s'adresse aux professionnels et aux intervenants qui travaillent dans le CSSS à l'intérieur des services généraux psychosociaux ou des différents services spécifiques et qui ont un besoin de soutien dans certaines situations cliniques faisant appel à une expertise en santé mentale. Il en est de même des partenaires de la première ligne qui travaillent à l'extérieur du CSSS. Il peut s'agir par exemple d'une infirmière dans un GMF ou de l'équipe d'un organisme communautaire qui offre des services à une clientèle ayant des troubles mentaux légers à modérés. En somme, il s'agit pour le PR de transmettre son expertise en collégialité.

En outre, afin d'assurer le développement continu des connaissances et des compétences des professionnels de l'équipe en santé mentale de première ligne, ces équipes auront aussi accès

à des activités de transmission d'expertise par l'intermédiaire de MSRP et de PR qui travaillent dans les services de deuxième ligne.

Dans les deux cas, une entente de services doit être signée entre les organisations concernées par l'activité de soutien. Un exemple d'entente de services est présenté dans l'annexe 2. Il est important de mentionner que les PR et les MSPR n'ont pas un rôle d'autorité, mais plutôt de conseillers envers les autres professionnels qui bénéficient de leurs services.

Maintenant que les rôles attendus sont connus, voici un tableau qui donne un aperçu des activités de l'équipe en santé mentale de première ligne en CSSS.

2.3 Aperçu des activités de l'équipe en santé mentale de première ligne selon les rôles attendus

Évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes acheminées à l'équipe en santé mentale de première ligne

- Accueillir l'utilisateur de services et ses proches.
- Traiter les demandes et établir les priorités selon les situations cliniques.
- Reconnaître et dépister les troubles mentaux et les troubles concomitants.
- Évaluer l'état mental de l'utilisateur de services en tenant compte de son état de santé physique.
- Déterminer les besoins de la personne.
- Discuter, au besoin, des situations cliniques en interdisciplinarité (comité consultatif).
- Discuter avec l'utilisateur de services des différentes possibilités de traitements reconnus dans les guides de pratique afin qu'il puisse faire un choix éclairé.
- Surveiller l'évolution de son état de santé à l'aide d'outils cliniques reconnus.
- Faire des examens de laboratoire, s'il y a lieu.
- Orienter, au besoin, les personnes (utilisateurs de services et leurs proches) vers la ressource qui répondra le mieux à leurs besoins (services communautaires, services spécialisés, etc.).
- Faire le suivi nécessaire au référent.

Offrir des soins et des services basés sur des données probantes et des guides de pratique dans un contexte de première ligne en tenant compte des proches

- Élaborer un plan d'intervention avec l'utilisateur de services en tenant compte des soins par étapes.
- Entreprendre des protocoles au besoin et en faire le suivi.
- Initier des ordonnances collectives ou individuelles au besoin et en faire le suivi.
- Soutenir l'utilisateur de services dans l'autogestion des soins.
- Offrir un traitement par des approches thérapeutiques brèves.
- Surveiller l'évolution de son état de santé à l'aide d'outils cliniques et du SSC.
- Élaborer, avec l'utilisateur, un plan d'action en cas de rechute.
- Au besoin, élaborer, avec l'utilisateur de services, un plan en situation de crise.
- Enseigner à l'utilisateur de services la gestion de sa santé et le renseigner sur sa maladie, ses symptômes, les signes avant-coureurs et la prévention d'une rechute.
- Enseigner à l'utilisateur de services la gestion de sa médication.
- Faire de la thérapie de groupe.
- Établir les liens nécessaires pour assurer un continuum de soins et de services.
- Soutenir et renseigner les proches de l'utilisateur de services.
- Faire le suivi des situations cliniques considérées comme stabilisées, en collaboration avec des partenaires.
- Faire le suivi nécessaire au référent.

Assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes en première ligne, y compris certains organismes communautaires

- Accompagner et former d'autres intervenants en première ligne en offrant des activités de PR.
- Soutenir les partenaires, et particulièrement les omnipraticiens, par des soins de collaboration.
- Faire les suivis régulièrement auprès des référents.
- Participer à des rencontres intersectorielles, par exemple dans le cas d'un plan de services individualisés (PSI), selon les besoins.
- Élaborer, en interdisciplinarité, des outils pouvant renseigner les utilisateurs de services et leurs proches sur des sujets ayant un lien avec la maladie mentale, selon les besoins.

En ce qui concerne la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, qu'en est-il du rôle de l'équipe en santé mentale de première ligne?

2.4 Le rôle de l'équipe en matière de promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux

Bien que l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention primaire soit reconnue, il faut rappeler que le rôle de l'équipe en santé mentale de première ligne se situe particulièrement sur le plan de la prévention secondaire et tertiaire. Le lecteur qui désire avoir de l'information concernant la prévention primaire peut se référer au Programme national de santé publique 2003-2012.

La prévention secondaire « tend à dépister et à arrêter le processus pathologique [...] ». ³⁴ Autant que possible, il est préférable de le faire avant même que les symptômes de la maladie n'apparaissent afin d'intervenir le plus tôt possible. Un diagnostic précoce a un impact positif sur la maladie, sa durée et sur le rétablissement de la personne. La prévention secondaire comprend le dépistage ciblé et le dépistage universel. Le dépistage ciblé consiste à faire du dépistage uniquement chez les personnes désignées à risque de développer une maladie ou un trouble donné, alors que le dépistage universel consiste à faire du dépistage auprès de tous les membres d'une population donnée, ³⁵ par exemple le Programme québécois du dépistage du cancer du sein. Cependant, des conditions essentielles doivent être présentes pour procéder au dépistage universel. Présentement, à moins d'avis contraire, seul le dépistage ciblé est utilisé pour dépister les troubles mentaux.

La prévention tertiaire « a pour objet d'empêcher les rechutes, de réduire les complications ou les séquelles [...] » ³⁶ en gérant la maladie. Étant donné que le PASM prévoit que les services spécialisés et les omnipraticiens en GMF ou en bureau privé réorienteront leur clientèle vers l'équipe en santé mentale de première ligne en vue de les soutenir dans le suivi, il risque d'y avoir une cohorte importante en prévention tertiaire. Dans ce cas, afin de favoriser l'accès aux soins et aux services en santé mentale, les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS ont avantage à établir une coordination avec des partenaires pour ce type de prévention. En effet, les employeurs qui offrent des programmes d'aide aux employés ou des programmes de retour au travail, les réseaux d'entraide, certains organismes communautaires, les établissements scolaires et les équipes de suivi d'intensité variable peuvent travailler très étroitement avec l'équipe en santé mentale dans l'application d'actions découlant de la prévention tertiaire. Cette collaboration est indispensable afin de donner accès aux personnes dont les besoins exigent une expertise particulière en santé mentale et afin d'éviter les engorgements dans l'offre de services en santé mentale dans les CSSS.

2.5 La composition de l'équipe en santé mentale de première ligne

La composition de l'équipe en santé mentale de première ligne est en constante évolution afin d'être adaptée aux besoins changeants de la population. Par ailleurs, un noyau de base est utile afin que l'équipe puisse remplir, dès le départ, ses rôles attendus. Outre la fonction de

34. DICTIONNAIRE LAROUSSE MÉDICAL 2007, p. 778

35. LORI, E. et coll. « La dépression du postpartum – Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne », 2006, p. 25

36. DICTIONNAIRE LAROUSSE MÉDICAL 2007, p. 778

gestionnaire, les trois professions suivantes constituent des composantes essentielles de l'équipe en santé mentale :

- psychologue;
- travailleur social;
- infirmière.

Les champs d'exercice respectifs de chacune de ces professions sont structurés selon la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé³⁷ ainsi que la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.³⁸

Selon les besoins déterminés, d'autres professionnels et intervenants complètent l'équipe. Par exemple :

- un ergothérapeute peut faire des évaluations fonctionnelles et faire en sorte que l'utilisateur de services développe des habiletés et les conserve;
- un pharmacien peut conseiller le médecin sur le traitement médicamenteux et élaborer des outils pour l'utilisateur de services afin de favoriser l'observance du traitement médicamenteux;
- un nutritionniste peut guider l'utilisateur de services en matière de nutrition en vue de prévenir le diabète, l'obésité ou même l'intoxication médicamenteuse, par exemple lors de la prise de lithium.

La participation d'un omnipraticien et la contribution d'un MSRP sont, sans aucun doute, une valeur ajoutée au sein de l'équipe. Présentement, la difficulté de recruter particulièrement des omnipraticiens se fait sentir. Pour les équipes qui vivent cette situation, il est conseillé de faire connaître l'équipe et ses services et de travailler directement avec les différents médecins du territoire, car malgré l'absence temporaire d'un médecin dans l'équipe, cette dernière peut leur apporter un soutien précieux ainsi qu'aux partenaires internes et externes du CSSS.

Les rôles attendus des omnipraticiens qui font partie des équipes en santé mentale de première ligne sont les mêmes que ceux des autres professionnels dans les équipes. Selon les besoins, ils auront à faire des activités d'évaluation, de traitement, de soutien aux partenaires et en particulier à leurs collègues dont l'expertise en santé mentale est plus limitée.

D'autres professionnels de l'équipe peuvent exercer des rôles d'intervenants pivots et d'autres, de gestionnaires de cas. Le rôle de l'intervenant pivot est d'assurer la continuité des soins et des services à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire en utilisant un plan d'intervention interdisciplinaire, élaboré par les professionnels concernés. Le rôle du gestionnaire de cas est plutôt d'assurer la continuité des soins et des services requis, partout à l'intérieur du système de santé et des services sociaux, ainsi qu'avec les partenaires dans la communauté, afin de coordonner des actions intersectorielles prévues dans un PSI.

37. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ».

38. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Loi modifiant le Code des professions afin de prévoir un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines ».

Comme il a été mentionné auparavant, l'utilisateur de services et ses proches significatifs sont considérés comme des membres à part entière de l'équipe de soins, où les rôles et les responsabilités de chacun sont clairs. Cela implique que l'utilisateur de services participe à l'élaboration de son plan de traitement et convient d'un plan de suivi avec les professionnels de l'équipe, d'un projet de vie et d'un plan en cas de rechute. Selon les besoins de l'utilisateur de services, la composition de l'équipe qui l'accompagnera dans son rétablissement peut varier dans le temps, et ce, afin d'optimiser les soins et les services.

2.6 Les modèles d'équipe en santé mentale de première ligne

Les soins et les services en santé mentale étant essentiels, ils doivent être accessibles à toute la population selon un modèle adapté au contexte. Par exemple, si la population d'un territoire est insuffisante pour justifier la création d'une équipe affectée spécifiquement à la santé mentale, les soins et les services doivent être offerts par une équipe mixte, à savoir par l'entremise d'intervenants intégrés dans d'autres programmes-services (Enfance, Jeunesse, Famille, services généraux psychosociaux). Dans d'autres cas, grâce à une entente de services, les soins et les services seront assurés par un CSSS voisin ou un partenaire de sa région ou de son réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Dans le cas des territoires dont la population atteint 50 000 habitants et plus, le MSSS considère que la création d'une équipe interdisciplinaire et affectée spécifiquement à la santé mentale est nécessaire. Ce type de modèle est pur. Qu'il s'agisse d'un modèle pur ou mixte, ces structures sont mises en place afin d'offrir les soins et les services le plus près possible du milieu de vie des personnes et de faciliter l'accès aux services spécialisés à ceux qui nécessitent cette expertise.

2.7 La planification de l'équipe en santé mentale de première ligne

L'équipe doit être dotée de ressources humaines suffisantes pour remplir sa mission. La planification des professionnels requis dans les équipes en santé mentale de première ligne est définie comme suit dans le PASM : 20 intervenants équivalents temps complet (ETC) pour un territoire de 100 000 habitants en ce qui a trait aux équipes en santé mentale de première ligne pour la clientèle adulte.³⁹

Si les besoins ne justifient pas la création d'un ETC, le partage de professionnels entre les programmes du CSSS, selon les besoins, est possible à la suite d'une entente entre les gestionnaires des secteurs concernés. Par exemple, dans le cas où la personne requiert l'expertise d'un professionnel attiré dans un autre programme clinicoadministratif, ce dernier déclare les coûts de ses activités au programme de santé mentale. Des ententes avec des partenaires de la communauté doivent aussi être considérées.

39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens », 2005, p. 84

2.8 Les délais raisonnables pour l'évaluation et le traitement

Selon les normes prévues dans le PASM, l'équipe en santé mentale doit donner une réponse au référent dans les sept jours suivant la réception de la demande au GASM. Cette réponse devrait contenir minimalement :

- la confirmation de la réception de la demande;
- si possible, l'impression diagnostique;
- les interventions faites et celles à venir;
- les coordonnées d'une personne-ressource.

L'autre délai ciblé concerne l'accès au traitement, lequel doit débiter à l'intérieur de trente jours.⁴⁰ Ces trente jours incluent le délai de la réponse au référent.

Maintenant, qui peut avoir accès à l'expertise de cette équipe?

2.9 La clientèle visée

- Les personnes âgées de 18 ans et plus
et
 - avec des symptômes laissant soupçonner la présence d'un trouble mental
ou
 - avec un trouble mental et présentant des signes d'instabilité de l'état mental
ou
 - avec un trouble mental dont les symptômes sont considérés comme contrôlés, mais qui nécessite l'expertise spécifique de l'équipe en santé mentale en raison d'une situation temporaire.

Il est préférable de cibler une clientèle plutôt que d'établir des critères d'accès à l'équipe, car les critères d'inclusion conduisent nécessairement à des critères d'exclusion. Dans certaines situations, les programmes devront s'adapter à l'utilisateur de services et non le contraire. Par exemple, un jeune qui atteint sa majorité peut continuer de recevoir des services par l'équipe en santé mentale jeunesse si l'équipe, avec l'accord de l'utilisateur de services, juge qu'il est dans l'intérêt de ce dernier d'agir ainsi.

Aussi, le simple fait d'avoir un trouble mental ne justifie pas l'accès au programme de santé mentale. Par exemple, une personne atteinte de schizophrénie et dont les symptômes sont considérés comme contrôlés ne nécessite pas les services de l'équipe en santé mentale chaque fois qu'un événement survient dans sa vie. Si cette personne vit un deuil suivant son cours, elle peut très bien être accompagnée dans son expérience par des partenaires du réseau des services sociaux ou du réseau communautaire. Par ailleurs, l'équipe en santé mentale peut, au besoin, constituer une source de référence pour les professionnels qui assureront son suivi. La personne sera recommandée à l'équipe en santé mentale si le professionnel soupçonne la présence d'un deuil pathologique.

40. Ibid., p. 45

2.10 Comment peut-on accéder à l'équipe en santé mentale de première ligne?

Pour avoir accès à l'équipe, il n'est pas nécessaire d'avoir obtenu un diagnostic de trouble mental ou d'avoir une recommandation d'un médecin.

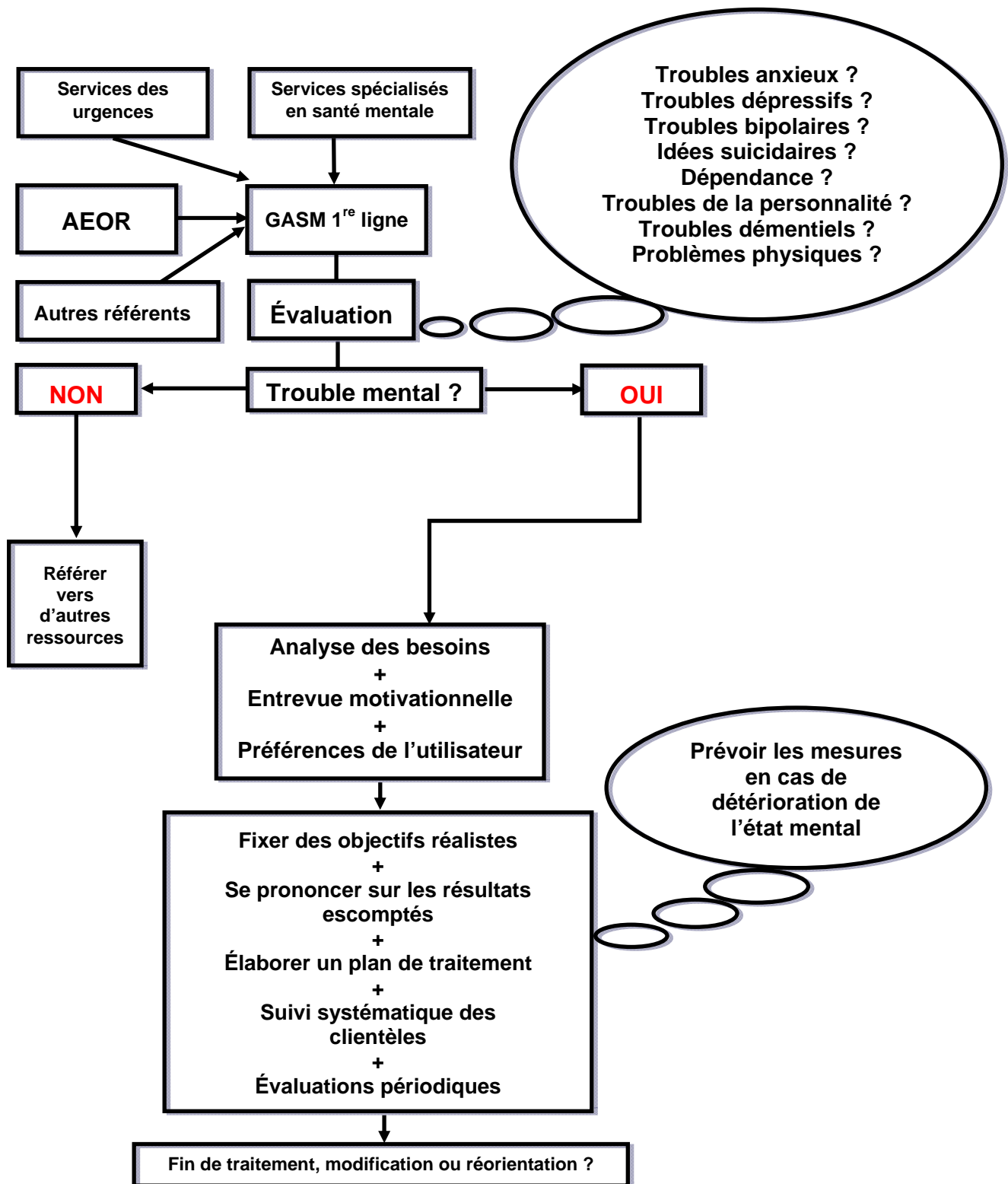
Quatre voies d'accès sont possibles.

L'utilisateur de services peut avoir accès à l'équipe en santé mentale de première ligne à la suite d'une recommandation :

- des services généraux psychosociaux du CSSS;
- des services d'urgence;
- des services spécialisés en santé mentale;
- d'autres référents dont les connaissances et les compétences en santé mentale sont considérées comme suffisantes pour recommander une personne directement. Par exemple, il peut s'agir d'un CPS, d'un psychologue qui participe à un PAE ou d'un médecin.

À la suite de son inscription au GASM, l'utilisateur de services parcourt généralement la trajectoire suivante à l'intérieur de l'équipe en santé mentale de première ligne.

2.11 Trajectoire de l'utilisateur de services à l'intérieur de l'équipe en santé mentale de première ligne



CONCLUSION

Le PASM a conduit à une grande réorganisation des soins et des services en santé mentale au Québec et il suscite des changements de pratique chez les professionnels et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Malgré les avancées observées dans les organisations, il reste beaucoup à faire et la pratique est en constante évolution, ayant des impacts à différents degrés sur l'organisation des soins et des services.

Le grand défi à relever ensemble est de freiner la croissance de l'ensemble des troubles mentaux par leur dépistage précoce, en offrant des traitements dont l'efficacité est reconnue et en accompagnant les utilisateurs de services et leurs proches dans ce qu'ils vivent. Les données probantes et les guides de pratique, issus de la recherche, indiquent les voies à suivre pour relever ce défi.

La philosophie de soins en santé mentale repose sur le rétablissement, créant ainsi une vision et des principes sur lesquels s'appuient les décisions cliniques. L'interdisciplinarité et les modèles de soins de collaboration sont à privilégier afin de prendre en compte la personne dans sa globalité et lui offrir les meilleurs soins et services dans un continuum. Étant donné que les soins de collaboration appuient le principe d'autodétermination de l'utilisateur de services, son engagement, de par sa motivation et l'autogestion de ses soins, est précieux. Pour les professionnels, cela signifie de nouvelles façons de planifier et d'offrir un traitement.

Les principaux rôles attendus de l'équipe en santé mentale de première ligne ont été précisés en portant une attention particulière à la promotion et à la prévention. Cette précision aide les intervenants à déterminer les moments d'intégrer d'autres partenaires dans un contexte de soins de collaboration, dans le but de créer un continuum de soins et de services et d'utiliser les ressources adéquatement.

Des règles sont bien établies par le MSSS en ce qui concerne les équipes. Cependant, la composition de celles-ci varie d'un territoire à un autre, selon les particularités de la population desservie. Par ailleurs, l'infirmière, le psychologue et le travailleur social forment le noyau de base de l'équipe.

ANNEXES

Annexe 1 – Plan en situation de crise

Plan en situation de crise

Afin de planifier les services adéquatement pour le client et éviter autant que possible les salles d'urgence, il est recommandé d'introduire un plan en situation de crise dès les premières rencontres pour les clients dont l'état mental risque de se détériorer. Ce plan permet de connaître, entre autres, les signes annonciateurs d'une détérioration de l'état mental, les préférences du client par rapport au lieu et aux traitements à lui offrir ainsi que les coordonnées des proches à qui vous pouvez ou ne pouvez pas donner de l'information le concernant, etc. Cet outil a été adapté au départ du *Mary Ellen Copeland's Wellness Recovery Action Program*. Il doit être complété lorsque l'utilisateur de services a du temps pour réfléchir et qu'il n'est pas en situation de crise.

Lorsque je me sens bien, je suis (décrivez-vous lorsque vous vous sentez bien) : _____

Les symptômes suivants indiquent que je ne suis plus capable de prendre des décisions me concernant, que je ne suis plus capable de m'occuper de moi ou de prendre des décisions appropriées : _____

Lorsqu'il est clair que j'ai ces symptômes ci-dessus, je veux que les personnes suivantes prennent des décisions pour moi, voient à ce que je reçoive le traitement approprié et me donnent des soins et du soutien : _____

Ce que j'attends de mes aidants lorsque j'ai ces symptômes : _____

Ce que je ne veux pas que mes aidants fassent si j'ai ces symptômes : _____

Je ne veux pas que les personnes suivantes s'impliquent d'aucune façon dans mes soins ou mon traitement : _____

Ce que je veux que mes aidants fassent si je suis un danger pour moi-même ou pour les autres : _____

Médicaments que je préfère et pourquoi : _____

Médicaments inacceptables et pourquoi : _____

Traitements acceptables et pourquoi : _____

Traitements inacceptables et pourquoi : _____

Établissements de santé que je préfère pour recevoir des soins et pourquoi : _____

Établissements de santé que je préfère éviter et pourquoi : _____

Indices montrant à mes aidants qu'ils n'ont plus à utiliser ce plan : _____

Je donne la permission au personnel qui me soigne de donner de l'information sur mon état de santé à mes aidants : oui, j'accepte _____

Non, je refuse _____

Particularités : _____

J'ai élaboré moi-même ce document avec l'aide et le soutien de : _____

Signature de l'utilisateur de services

Signature de l'aidant, s'il y a lieu

Signature du professionnel de la santé

Cet outil et plusieurs autres sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.ccmhi.ca/fr/>

Annexe 2 – Exemple d'un protocole d'entente

[Note à l'utilisateur

Le texte grisé et entre crochets est à être remplacé *par les éléments spécifiques à votre entente* ou simplement éliminé. La mise en page finale *du protocole est sous la responsabilité des parties.*]

PROTOCOLE D'ENTENTE [DE SERVICE / DE COLLABORATION] ENTRE

	[ÉTABLISSEMENT],
ayant son siège social au	[ADRESSE],
ici représenté par	[NOM, TITRE]
et ci-après nommé	[ÉTABLISSEMENT / ACRONYME]
ET	
	[ORGANISME],
ayant son siège social au	[ADRESSE],
ici représenté par	[NOM, TITRE]
et ci-après nommé	[ORGANISME / ACRONYME]
	[DATE]

Préambule

Par son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, le MSSS fait le choix stratégique de proposer un programme de santé mentale axé sur une gamme de services de base à rendre accessibles localement par les CSSS aux personnes qui présentent un risque suicidaire et à celles qui souffrent d'un trouble mental. Ce modèle d'organisation s'appuie sur les grands principes relatifs à la réorganisation du réseau de la santé et ses services sociaux que sont la hiérarchisation des services et la responsabilité proportionnelle. Il vise aussi à répondre aux trois principaux objectifs de la réorganisation, soit l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. La mise en place d'un guichet d'accès et le renforcement des services ambulatoires en santé mentale de première ligne par la constitution d'équipes en santé mentale représentent les changements les plus structurants du plan d'action.

La nouvelle organisation du réseau de la santé et des services sociaux doit être soutenue par une nouvelle philosophie axée sur les soins de collaboration. Un tel paradigme favorise le transfert de connaissances et l'autonomie professionnelle.

Pour y parvenir, les intervenants de la première ligne doivent être soutenus par des experts répondants, désignés pour leur offrir du soutien et des conseils, du mentorat et de la formation continue.⁴¹

Afin de reconnaître et d'encourager la pratique d'intervenant répondant et de ne pas pénaliser l'équipe en santé mentale de première ligne dans l'atteinte de sa cible fixée à l'intérieur de l'entente de gestion, un facteur de correction a été introduit dans le calcul de la clientèle.

Ainsi que le stipule la fiche descriptive de l'indicateur « nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé de première ligne en CSSS (Mission CLSC) », le facteur de correction accorde 12 usagers par année pour 3,5 heures travaillées par semaine (1 ETC) par professionnel répondant offrant des services de première ligne. Pour être ainsi calculés, les services doivent avoir fait l'objet d'une entente de services signée entre le CSSS concerné et un partenaire du territoire.

CONSIDÉRANT que l'article 99.7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux décrit le rôle de coordination de l'instance locale par la mise en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi ainsi que par l'instauration de mécanismes d'ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires.

CONSIDÉRANT que l'article 108 de cette même loi permet à un établissement de conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente concernant, soit la prestation de certains services requis par un usager de cet établissement, soit la prestation ou l'échange de services professionnels.

CONSIDÉRANT que le MSSS vise la mise en place des équipes en santé mentale de première ligne en CSSS pour les enfants et les adultes. Les services dispensés regroupent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence ainsi que des services de soutien aux autres ressources de première ligne sur leur territoire.

41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Cahier des charges », 2007-2008

CONSIDÉRANT que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens mise sur l'approche des soins partagés, tant sur le plan médical que sur le plan interdisciplinaire, pour moduler les interfaces entre les différents intervenants et ordres hiérarchiques.

CONSIDÉRANT que le partage des soins et des services en santé mentale est une condition essentielle pour le développement de l'expertise des services en santé mentale de première ligne.

CONSIDÉRANT que le CSSS est appelé à procéder à l'évaluation de sa performance au regard des attentes convenues à l'entente de gestion et d'imputabilité aux périodes 7 et 13.

CONSIDÉRANT que la méthode de calcul de l'indicateur portant sur le nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS ajoute un facteur de correction qui tient compte du temps consacré à la fonction du professionnel répondant.

CONSIDÉRANT que les heures consacrées par des professionnels répondants aux services de première ligne sont reportées dans le formulaire GESTRED-OASIS.

CONSIDÉRANT que la correction est appliquée par le MSSS à la fin de l'année financière, et ce, sous réserve de la signature d'une entente de services entre le CSSS et ses partenaires.

En conséquence, les parties conviennent de ce qui suit :

1. Objet de l'entente

L'objet de l'entente de services est de déterminer les activités de soutien du professionnel répondant mises à la disposition des demandeurs de services de première ligne en santé mentale.

2. Objectifs de l'entente

La présente entente vise à encadrer les activités du professionnel répondant de l'équipe en santé mentale de première ligne et à définir la contribution de chacune des parties. En matière de services, ce dernier peut offrir de la supervision ou discuter de cas, évaluer les besoins en développement professionnel et offrir des activités de développement professionnel.

2.1 Objectifs

Les objectifs poursuivis sont :

- officialiser et faire connaître l'offre de services du professionnel répondant de l'équipe en santé mentale de première ligne;*
- élaborer une approche axée sur les soins partagés;*
- faciliter le développement et le transfert d'expertise;*
- renforcer l'expertise des intervenants de première ligne;*
- utiliser d'une façon optimale le temps et les compétences du professionnel répondant;*
- suivre et comptabiliser les activités de soutien clinique.*

2.2 Clientèle cible

La clientèle visée par cette entente est un partenaire de première ligne du territoire du CSSS (ex. : organisme communautaire, omnipraticien). Les activités de soutien clinique offert par le professionnel répondant aux intervenants de son établissement sont exclues de cette entente.

3. Approches et principes généraux

La présente entente est conclue dans le respect de principes et d'approches ou de modèles d'intervention qu'il convient d'énumérer ci-dessous :

3.1 Les principes généraux

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens prend assise sur la hiérarchisation des services et s'appuie sur la responsabilité populationnelle.

3.2 Les approches

Pour exercer cette responsabilité populationnelle, les organisations ont recours aux approches suivantes, lesquelles favorisent l'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité :

- l'approche populationnelle;
- l'approche communautaire;
- l'approche par programme.

4. Engagements des parties

4.1 Engagements généraux et spécifiques

Dans le cadre de l'application de la présente entente, les responsabilités de [établissement] et de l'organisme sont les suivants :

a) Établissement

- Rendre accessible des activités de soutien clinique qui permettent le partage ou le transfert de connaissances spécifiques, utiles à la prestation de services. Ce service sera offert jusqu'à concurrence de _____ (temps investi en heures) à une fréquence de _____ (ex. : hebdomadaire, tous les 15 jours, mensuel) par période financière.
- Désigner des professionnels répondants ayant pour responsabilité de soutenir les fournisseurs de services de première ligne en santé mentale.
- S'assurer de la qualité des services dispensés par les professionnels répondants.
- Compiler l'information recherchée pour chaque période financière (voir l'annexe 1) et transmettre les tableaux de compilation à l'Agence aux périodes 7 et 13.
- Garantir la fiabilité et la validité de l'information fournie.
- Évaluer, avec les partenaires concernés, les résultats des activités de soutien clinique.

b) Organisme

- Déterminer les besoins en matière de soutien clinique.
- Respecter le calendrier des rencontres.
- Participer à l'évaluation du service.
- Fournir les locaux et voir à la logistique des rencontres.

4.2 Compilation des données

L'information à compiler correspond aux indicateurs suivants :

- le type d'activité de soutien;
- le temps et la fréquence du soutien;
- le nombre d'intervenants rejoints;
- la satisfaction des partenaires.

4.3 Mécanismes d'accès

Les parties conviennent que la demande de service soit acheminée par la personne désignée de l'organisme demandeur à la personne désignée du CSSS.

5. Communications

5.1 Mécanismes de communication

Au moment de la signature de la présente entente, puis au besoin, les parties communiquent par écrit l'identité, le titre, les coordonnées de la personne désignée à l'article 5, des personnes responsables des communications dans le cadre de l'entente.

Les personnes désignées seront responsables des communications, du bon fonctionnement des relations opérationnelles et de la résolution de problèmes entre les parties.

[Titre des personnes désignées]

[établissement]

[Titre des personnes désignées]

[organisme]

6. Mécanisme de suivi

Aux fins de suivi, les parties conviennent d'un mécanisme de suivi conjoint en vue d'évaluer régulièrement le fonctionnement de l'entente.

6.1 Modalités

Les parties s'engagent à collaborer à une évaluation conjointe de l'application du présent protocole, selon les modalités suivantes :

a) Responsabilité

Les personnes désignées à l'article 5.1 sont responsables de mettre en place le mécanisme de suivi.

b) Outils utilisés

Les outils utilisés seront les suivants :

- liste des présences (questionnaire sur la satisfaction des professionnels);
- tableau de bord pour surveiller les activités de soutien.

c) Fréquence

Le comité de suivi conjoint se réunira au moins une fois l'an pour faire le bilan et la révision de l'entente.

6.2 Objets d'évaluation

L'évaluation portera sur chacun des aspects suivants :

- a) Atteinte des objectifs
- b) Collaboration entre les parties
- c) Respect des engagements respectifs
- d) Utilisation des ressources consenties

7. Dispositions finales

7.1 Entrée en vigueur et durée

La présente entente de services prend effet à la signature des deux parties concernées et s'applique pour une période d'un an. Conformément à l'article 8 de la Loi, elle est transmise à l'agence de la santé et des services sociaux concernée.

7.2 Modifications

Toute modification à la présente entente, pendant la durée de celle-ci, doit y être apportée par écrit, avec l'accord de chacune des parties.

7.3 Renouvellement

La présente entente prend fin [date]. Elle peut être prolongée ou révisée si les deux parties en conviennent par écrit.

7.4 Résiliation et suspension

7.4.1 Résiliation

Les parties peuvent en tout temps et sans préavis, mais d'un commun accord, résilier la présente entente.

Constituera, notamment et non exclusivement, un motif juste et suffisant au sens de cette entente :

- a) toute situation susceptible de compromettre la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être des utilisateurs de services visés par cette entente;

- b) le non-respect des engagements;
- c) le non-respect des droits des utilisateurs de services visés par cette entente.

7.4.2 Suspension

Chacune des parties peut, si elle a des motifs raisonnables de le faire, suspendre l'application de la présente entente à des fins d'enquête administrative, d'analyse ou de discussion entre les personnes responsables du suivi de l'entente.

Tout avis de suspension relativement à cette entente doit exposer les motifs de la suspension et être transmis par écrit à l'intérieur de [délai convenu].

La levée de la suspension a lieu au moment convenu entre les parties.

8. Annexes

Demeurent annexés à la présente entente pour en faire partie intégrante, les documents suivants :
les tableaux de bord de surveillance des activités de soutien clinique par période financière.

9. Signature

La présente entente est conclue de façon libre et volontaire et n'entrave en rien la liberté d'expression de chacune des parties.

[établissement]

[nom et titre]

date

[organisme]

[nom et titre]

date

Source : Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Présenté avec la permission de l'agence

Annexe 3 – Exemple d'une ordonnance collective pour un adulte présentant des symptômes dépressifs

Commencer les prélèvements sanguins requis lors d'une recommandation à l'équipe en santé mentale.	
Référence à un protocole :	oui non
Date d'entrée en vigueur :	Date de révision prévue :
Professionnels visés par l'ordonnance et secteurs d'activités : <ul style="list-style-type: none">• Les infirmières exerçant dans une équipe en santé mentale en CSSS	
Groupes de personnes visées ou situation clinique visée : <ul style="list-style-type: none">• Adulte présentant des symptômes dépressifs et qui n'a pas subi ces examens au cours des 6 derniers mois	
Activités réservées de l'infirmière : <ul style="list-style-type: none">• Entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.	
Médecin répondant * : (inscrit par l'infirmière qui entreprend l'exécution de l'ordonnance collective, en précisant le mécanisme permettant de le joindre)	
Indications et conditions d'exécution : <ul style="list-style-type: none">• La personne n'a pas subi ces examens au cours des 6 derniers mois.• La personne présente des symptômes dépressifs qui, dans un contexte clinique, pourraient être reliés à son état de santé physique.	
Contre-indications :	
Directives : <ul style="list-style-type: none">• L'infirmière fera le suivi auprès du référent le plus rapidement possible, en tenant compte du degré d'urgence.	

Prélèvements demandés :

- Hémogramme
- TSH
- Électrolytes
- Créatinine
- Enzymes hépatiques

S'il y a lieu, ajouter :

Référence aux méthodes :

- Ponction veineuse

Source : Ordonnance élaborée à partir des examens de laboratoire de référence pour les patients présentant des symptômes dépressifs dans la revue : Le médecin du Québec, « La dépression chez l'adulte », vol. 39, n° 5, mai 2004, p. 33

Processus d'élaboration de l'ordonnance

Rédigée par : _____ Date _____

Nom, prénom et titre

_____ Date _____

Nom, prénom et titre

Validée par : _____ Date _____

Directrice des soins infirmiers

Date _____

Pharmacien, (s'il y a lieu)

Processus d'approbation

Approuvée par le CMDP

_____ Date _____

Président du CMDP

Pour avoir des informations concernant les ordonnances collectives, le lecteur peut se référer au document intitulé « Les ordonnances faites par un médecin – Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec », édition de mai 2005, accessible à l'adresse suivante : www.cmq.org. Pour d'autres exemples d'ordonnances collectives, le lecteur peut se référer au document intitulé « Le triage à l'urgence – Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence », publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2007 (p. 14-15).

Annexe 4 – Exemple d'une ordonnance collective pour un adulte présentant des symptômes anxieux

Procéder aux prélèvements sanguins et urinaires requis lors d'une recommandation à l'équipe en santé mentale.		
Référence à un protocole : oui non		
Date d'entrée en vigueur :		Date de révision prévue :
Professionnels visés par l'ordonnance et secteurs d'activités :		
<ul style="list-style-type: none"> Les infirmières exerçant dans une équipe en santé mentale en CSSS 		
Groupes de personnes visées ou situation clinique visée :		
<ul style="list-style-type: none"> Adulte présentant des symptômes anxieux et qui n'a pas subi ces examens au cours des 6 derniers mois 		
Activités réservées de l'infirmière :		
<ul style="list-style-type: none"> Entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance. 		
Médecin répondant * : (Inscrit par l'infirmière qui entreprend l'exécution de l'ordonnance collective, en indiquant le mécanisme permettant de le joindre)		
Indications et conditions d'exécution :		
<ul style="list-style-type: none"> La personne n'a pas subi ces examens au cours des 6 derniers mois. La personne présente des symptômes anxieux qui, dans un contexte clinique, pourraient être reliés à son état de santé physique. 		
Contre-indications :		
Directives :		
<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière fera le suivi auprès du référent le plus rapidement possible, en tenant compte du degré d'urgence. 		
Prélèvements demandés :		
▪ Formule sanguine	Enzymes hépatiques	Analyse toxicologique de l'urine
▪ Glycémie à jeun	Taux sérique de bilirubine	TSH
▪ Profil lipidique à jeun	Taux sérique de créatinine	Prolactine
▪ Électrolytes	Analyse d'urine	
S'il y a lieu, ajouter :		

* Le médecin répondant est la personne à qui le professionnel (l'infirmière) doit s'adresser en cas de problème ou pour obtenir des précisions. En établissement, le médecin répondant est tout médecin désigné par le CMDP; hors établissement, il est un des cosignataires de l'ordonnance collective.

- Test de grossesse
- ECG à prévoir si client a plus de 40 ans, ou selon les circonstances
- Élimination de la créatinine sur 24 heures si le client a des antécédents de maladie rénale

Référence aux méthodes :

- Ponction veineuse
- Prélèvement d'urine

Source : Ordonnance élaborée à partir des examens de laboratoire de référence pour les patients présentant des troubles anxieux dans : Revue canadienne de psychiatrie « Guide de pratique clinique – Traitement des troubles anxieux », vol. 51, n° 8, suppl. 2, juillet 2006, p. 14S

Processus d'élaboration de l'ordonnance

Rédigée par : _____ Date _____

Nom, prénom et titre

_____ Date _____

Nom, prénom et titre

Validée par : _____ Date _____

Directrice des soins infirmiers

Date _____

Pharmacien (s'il y a lieu)

Processus d'approbation

Approuvée par le CMDP :

_____ Date _____

Président du CMDP

Annexe 5 – DÉBA – Alcool

0663215700

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (DÉBA-Alcool) v1.8p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 déc. 2009

Age Femme Homme

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'utilisateur (en lettres moulées s.v.p.)

No. tél. résidence -

Autre no. téléphone -

No. dossier:

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- Jamais consommé
- Moins d'une fois par mois
i.e total de 11 fois ou moins/an
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Terminer ici

Passer aux quest. 2 et 3

Question #2

Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...

... combien de journées par semaine buvez-vous?

X

... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement?

=

Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Si cons./sem. est de 10 et + pour les femmes et 15 et + pour les hommes
OU
Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +,
passer aux quest. 4 à 19.
Sinon, terminer ici.

Question #3

(Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...

FEMMES ... 4 verres ou plus en une seule occasion?

HOMMES ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." *Noircir la case appropriée.*

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?.....	6. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir?	7. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?.....	8. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?....	9. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	12. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	13. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?.....	15. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

QBDA Total 4 à 18

Date - -

Année Mois Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)

Interprétation au verso
DÉBA-A, v1.8p 18 déc.09

4044215707

DÉBA-Alcool v1.8p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 10 juin 2009

No. dossier:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-2-

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
43 ml (≈ 1½ once) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.
375 ml (≈ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
750 ml (≈ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
1,141 (≈ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons.	"VIN FORTIFIÉ (20%)"
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.
	1 petit baril = 15 cons.	

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)

<u>Interprétation des scores du QBDA</u>	
0-9	Intervention première ligne en CSSS
10-17	Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
18-45	Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.
Date: _____ Signature usager _____
Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	○	○	○	○	○	○
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	○	○	○	○	○	○
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	○	○	○	○	○	○
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	○	○	○	○	○	○
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....	○	○	○	○	○	○
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?	○	○	○	○	○	○
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	○	○	○	○	○	○
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	○	○	○	○	○	○
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	○	○	○	○	○	○

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 6 – Critères à considérer pour inscription à Alcochoix +

0461215706 **Critères à considérer pour inscription à Alcochoix+** -3-

À photocopier au verso du DÉBA-Alcool et compléter après le DÉBA-A/D, v. 1.8
 Simoneau, H., Landry, M. & Tremblay, J. (2005) joel.tremblay@uqtr.ca

No. dossier:

No de dossier:

Nom et Prénom de l'usager:

Date de l'évaluation: - -

Année Mois Jour



Lorsque vous avez déterminé, à l'aide du DÉBA-A et DÉBA-D que la consommation de l'usager correspond à un niveau de service tel qu'offert en CLSC, vous pouvez ensuite évaluer si l'usager est éligible au programme Alcochoix+.

Pour être éligible à Alcochoix+, l'usager ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A de référence en première ligne. De plus, il ne doit pas présenter une consommation de drogues dite à risques, telle qu'évaluée à l'aide du DÉBA-D. Il faut ensuite rappeler que le client inscriptible à Alcochoix+ prend généralement entre 15 et 35 consommations / semaine pour l'homme et la femme, mais en se rappelant que la quantité n'est pas un critère en soi. Plutôt, l'individu ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A pour éligibilité à des services de première ligne (donc l'évaluation du degré de dépendance et de l'importance des conséquences de la consommation d'alcool). De plus, vous demeurez prudent en surveillant l'évolution de la personne dans le programme. Il se peut que la personne révèle, à la suite de son acceptation dans le programme, une consommation plus élevée que celle révélée au départ ou encore qu'elle vous révèle une consommation de drogues dont elle n'avait pas parlé, etc. Vous devrez alors prendre une nouvelle décision d'orientation, de concert avec la personne. Vous devez exercer votre jugement et ne pas tenter de garder à tout prix l'usager dans le programme Alcochoix+ si sa situation de consommation ne correspond pas aux critères d'admission.

Si un des critères suivant est présent, on ne peut admettre la personne à Alcochoix+

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 1. La personne dépasse les critères de consommation à risques pour les drogues, tel qu'évalué à l'aide du DÉBA-D (si oui, offrir autre type de suivi de première ligne) | 1. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Un médecin vous a-t-il récemment demandé de cesser de boire en raison d'un problème médical (ex.: une maladie du foie, une pancréatite, etc.)? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence..... | 2. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Êtes-vous enceinte? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence | 3. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Autres critères à considérer

- | | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 4. Traversez-vous actuellement une période de crise dans votre vie personnelle?.....
Si oui, précisez: _____ | 4. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|--------------------------|-----------------------|

Si la personne vit une des situations de crise, évaluer si elle est si importante que la personne serait incapable de participer au programme. Parfois les situations de crise suscitent la motivation à agir. Il faut évaluer si la personne a besoin d'autres services concomitants.

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 5. Est-ce que vous vivez des difficultés psychologiques comme de la dépression, de l'anxiété ou d'autres difficultés de santé mentale (bien faire préciser la nature, la durée et l'intensité)? Est-ce que vous consultez un professionnel pour ces difficultés? | 5. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui, précisez: _____ | | |

Si la personne vit des difficultés de santé mentale, évaluer, tout comme la situation de crise, si elle est tellement importante que la personne serait incapable de participer au programme. Sinon, inscrire la personne au programme. À nouveau, évaluer la pertinence de services concomitants.

- | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|
| 6. Prenez-vous des médicaments prescrits sur une base régulière? | 6. <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si oui, lesquels? _____ | | |

Est-ce que votre médecin ou pharmacien(e) vous a recommandé d'éviter l'alcool avec la prise de ce médicament.
 N.B.: En cas de doute, faire les vérifications auprès d'un médecin ou pharmacien et suivre sa recommandation.

Commentaires

Nom de l'évaluateur

Signature de l'évaluateur

Annexe 7 – DÉBA – Drogues

0133542200 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues) v1.8p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

Age
 No. dossier:

Femme
 Homme

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

- Questionner sur chacun des produits
- Liste des noms de produits les plus communs au verso

Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.
--------	-----------------	-------------------	-------------------	--------------------

-
 No. tél. résidence
 -
 Autre no. téléphone

1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes	<input type="radio"/> Dépasse posologie <input type="radio"/> De plus d'un médecin <input type="radio"/> Non-prescrits
2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Nasal "sniffé" <input type="radio"/> Fumé <input type="radio"/> Injecté
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	→	<input type="radio"/>
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9 →

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Méd. sédatifs | <input type="radio"/> Cocaïne |
| <input type="radio"/> Cannabis | <input type="radio"/> Autres stimulants |
| <input type="radio"/> PCP | <input type="radio"/> Opiacés |
| <input type="radio"/> Hallucinogènes | <input type="radio"/> Inhalants |

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____ DEPUIS UN AN...

10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____ ?..... 10.
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux? 11.
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée? 12.
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____ ?.. 13.
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____ ? 14.

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Facile (0) Très difficile (2)
 Assez difficile (1) Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? Oui Non

ÉSD / Total =

Interprétation au verso

Date - -
 Année Mois Jour

Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)

Initiales intervenant(e)

DÉBA-Drogues v1.8p (verso)
Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009

No. dossier: _____ -2-

4050542202

<p style="text-align: center;">1. Médicaments sédatifs</p> <p>Anxiolytiques Alprazolam* (Xanax®) Bromazépam* (Lectopam®) Buspirone (Buspar®) Chlordiazépoxide (Librax®, Librium) Clonazépam* (Rivotril®) Clorazépate* (Tranxene (D)) Diazépam* (Valium®) Hydroxyzine (Atarax®) Lorazépam* (Ativan®) Meprobamate (282 MEP®) Oxazépam* (Serax(D))</p> <p>Hypnotiques Flunitrazépam (Rohypnol) Flurazépam* (Dalmane (D)) Hydrate de Chloral Nitrazépam* (Mogadon®) Témazépam* (Restoril®) Triazolam (Halcion(D)) Zapelon (Starnoc (D)) Zopiclone (Imovane®)</p> <p>Barbituriques Butalbital (Fiorinal®, Trianal®) Phénobarbital (Bellergeral®, Donnatal (D))</p>	<p style="text-align: center;">5. Cocaïne</p> <p>Cocaïne (prisee + I.V.) Crack (fumé) Freebase (fumé)</p> <p style="text-align: center;">6. Autres stimulants</p> <p>Amphétamine (Dexedrine®, Benzedrine, Adderall®, Crystal) Métamphétamine (Crystalmeth, Méthédrine) Méthyphénidate (Ritalin®, Concerta®) Phentermine (Ionamin® (D), Fastin) Phenmétrazine (Preludine (D))</p> <p style="text-align: center;">7. Opiacés</p> <p>Buprénorphine (Suboxone®) Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®) Diphénoxylate (Lomotil®) Fentanyl (Duragesic®) Héroïne (Smack) Hydrocodone (Tussionex®) Hydromorphone (Dilaudid®) Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)</p>	<p style="text-align: center;">8. Inhalants</p> <p>Aérosol Colle Chloroforme Décapan Dissolvant Essence Peinture Poppers</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>Légende: * = Type benzodiazépine ® = Nom commercial Italique = Nom de rue D = Discontinué</p> </div> <p style="text-align: center;">Sirops avec codéine ou hydrocodone (Ces sirops sont en ventre libre mais derrière le comptoir) Benlylin® codéine 3,3 mg D-E Dalnacol® Dimétane-Expectorant-C-DC® Novahistex C et DH® Tussaminic® DH Triaminic® C et DH</p>
---	--	--

<p style="text-align: center;">2. Cannabis</p> <p>Pot Hasch Huile de haschich</p>	<p style="text-align: center;">3. PCP</p> <p>Kétamine Ketalor® PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)</p>	<p style="text-align: center;">4. Hallucinogènes</p> <p>Acide Champignons (psylocybine) Ecstasy (MDMA/MDA) L.S.D. Mescaline Salvia</p>
--	--	---

Interprétation des scores de l'ÉSD

0-2 Intervention première ligne en CSSS

3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation

6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)
Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@sss.gov.qc.ca

DÉBA-D, v1.8p 4ds:09

Annexe 8 – DÉBA – jeu

0417375995

DÉBA - Jeu v1.1

Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif

Tremblay, J., Ménard, J.-M., & Ferland, F. 2003. Révision 10 juin 2009
joel.tremblay@uqtr.ca

No. dossier:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom du répondant

Nom du répondant

Sexe

- Homme
 Femme

Âge

--	--

Date de passation

				-			-		
Année					Mois			Jour	

Téléphone

				-					-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

1a) Avez-vous joué ou parié de l'argent aux loteries vidéo, aux courses de chevaux, aux cartes, au casino, etc. ?

(Ne pas inclure la loterie à tirage comme "La quotidienne", "Super 7", "La mini", "6/49" ou les loteries instantanées / gratteux comme le "7 chanceux", "Mots cachés").

- Non
 Oui (continuer à la question 2)

1b) Avez-vous joué à une loterie quelconque? (Ex. : loteries à tirage comme "La quotidienne", "Super 7", "La mini", "6/49" ou les loteries instantanées / gratteux comme le "7 chanceux", "Mots cachés").

- Non (terminez ici)
 Oui

1c) Avez-vous éprouvé des difficultés avec les jeux de loterie?

- Non (terminez ici)
 Oui (continuer à la question 2)

Commentaires:

2) Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?

3) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà parié plus que vous en aviez l'intention?

4) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?.....

5) Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?

6) Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?

7) Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?

	Presque toujours	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score de 0 à 1

Score de 2 à 5

Score de 6 à 24

FEU VERT

FEU JAUNE (services 1re ligne)

FEU ROUGE (services spécialisés)

Additionner les items 2 à 7

--	--

8) Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu ?

- Oui Non

Nom, prénom de l'évaluateur

Signature de l'évaluateur

DEBA-Jeu-10 juin 09

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN. « Protocole d'entente », 2005

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. La Revue canadienne de psychiatrie, « Guide de pratique clinique – Traitement des troubles anxieux », vol. 51, n° 8, suppl. 2, juillet 2006

AUCOIN, Léonard M PS, MP.H. « La prévention et la gestion des maladies chroniques sont des priorités », Perspective infirmière, novembre-décembre 2007

BARR, V.J. et coll. « The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model », Hosp Q, vol. 7, n° 1, 2003

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA ET L'INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE. « Plan en situation de crise »
www.ccmhi.ca/fr/

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Les ordonnances faites par un médecin – Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec », 2005
www.cmq.org

CONSEIL CANADIEN SUR L'APPRENTISSAGE. « Les cahiers de MedActuel », vol. 8 n° 30, novembre 2008
www.primaryhealthcarebc.ca/phc/pdf/eccm_article.pdf Expanded Chronic Care Model

CORBIN, J. et A. Strauss. « Unending work and care: Managing chronic illness at home », San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988

DICTIONNAIRE LAROUSSE MÉDICAL 2007

FÉDÉRATION DES OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. Le médecin du Québec, « La dépression chez l'adulte », vol. 39, n° 5, mai 2004

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT). « Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux », 2005
www.acrdq.qc.ca

GELLATLY, J. et coll. « What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? », Meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine, vol. 37, n° 9, 2007

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé »

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. « Loi modifiant le Code des professions afin de prévoir un nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines »

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. « Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin ». (Loi médicale L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. d). À jour au 1^{er} décembre 2009

HARVEY, G. « Éducation pour la santé – Modèle d'autogestion », présenté au colloque *État de la recherche en éducation pour la santé*, 61^e Congrès de L'ACFAS, Rimouski, Québec, mai 1993

INITIATIVE CANADIENNE DE COLLABORATION EN SANTÉ MENTALE. « Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires – Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs », 2006

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois – Une synthèse pour soutenir l'action ». Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), 2010

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux », 2008

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Vers une première ligne forte en santé mentale – Messages clés de la littérature scientifique », 2007

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL et DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. « Une étude sur les modèles d'organisation de première ligne et la santé des patients atteints de maladies chroniques – L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitant », 2007

INSTITUTE OF MEDICINE. « Guidelines for clinical practice: Directions for a new program », États-Unis, National Academies Press, 1990.

KIRK, Thomas A. « Recovery-Oriented Service System », 2002
www.mindlink.org/dmhas_recovery_pol.html

LORI, E. et coll. « La dépression du postpartum – Guide à l'intention des fournisseurs de services sociaux et de santé de première ligne », 2006

MILLER, W.R., et S. Rollnick. « Ten things that motivational interviewing is not », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 37, n^o 2, 2009

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Cahier des charges », 2007-2008

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS », 2008
<http://publications.msss.gouv.qc.ca>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux », 2010

<http://publications.msss.gouv.qc.ca>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Le guide d'autosoins pour la grippe A (H1N1) », 2009

<http://publications.msss.gouv.qc.ca>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens », 2005

<http://publications.msss.gouv.qc.ca>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Programme national de santé publique 2003-2012 », mise à jour, 2008

<http://publications.msss.gouv.qc.ca>

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. « Depression: The treatment and management of depression in adults », Clinical guideline 90 (partial update of NICE clinical guideline 23)

www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. « Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières » (mise à jour du guide d'application publié en 2003)

www.oiiq.org/uploads/publications/cadre_legal/GuideExerciceInfirmier.pdf

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. « Le triage à l'urgence – Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence », 2007

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC (OIIQ-OIIAQ). « Règle de soins infirmiers – Orientation pour une utilisation judicieuse de la Règle des soins infirmiers », 2005

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Estimation de la charge de morbidité imputable aux facteurs environnementaux »

www.who.int

PHANEUF, Margot, inf., Ph.D., M.C. « Gestionnaire de suivi systématique des clientèles – Rôles et qualités nécessaires », 2005

www.infiressources.ca

PHANEUF, Margot, inf., Ph.D., M.C. « Le suivi systématique des clientèles – Outils et moyens de coordination », 2005, révisé en 2008

www.infiressources.ca

PHANEUF, Margot, inf., Ph.D., M.C. « Le suivi systématique des clientèles – Pour des soins centrés sur la personne », 2008

www.infiressources.ca

SIMON, G. « Collaborative care for mood disorders », Current Opinions in Psychiatry, vol. 22, n° 1, 2009

SIMONEAU, H., M. Landry et J. TREMBLAY « Critères à considérer pour inscription à Alcochoix + », 2005

TREMBLAY, J. et N. Blanchette-Martin. « Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu » Version 1.08, 2010

TREMBLAY, J., P. Rouillard et M. Sirois. « DÉBA-Alcool », 2000, (révision 2009)

TREMBLAY, J., P. Rouillard et M. Sirois. « DÉBA-Drogues », 2000, (révision 2009)

UNIVERSITÉ CONCORDIA. « Portrait du jeu au Québec: Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans », 2010

WAGNER, E. H. et coll. « Improving chronic illness care: Translating evidence into action », Health Affairs, vol. 20, n° 6, 2001

WILKERSON, Bill. « Le rendement économique des investissements des entreprises et du gouvernement dans la santé mentale des Canadiens plus évident dans le milieu de travail », (sans date)

http://gwcentrepourlasantementale.com/pdf/s7_004788fr.pdf

WOLLERSHEIM, H., J. Burgers et R. Grol. « Clinical guidelines to improve patient care », The Netherlands Journal of Medicine, vol. 63, n° 6, 2005

**Santé
et Services sociaux**

Québec



msss.gouv.qc.ca