

**Rapport du Comité d'experts  
sur l'organisation des soins  
en santé mentale**

**Troubles suicidaires  
Urgences en santé mentale**

**15 mars 2004**

## AVIS

Le présent rapport ne constitue pas les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il représente l'opinion des membres du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale. Son contenu n'engage que les membres du Comité.

### Liste des membres du Comité d'experts

D <sup>r</sup> Pierre Gagné, Président	Université de Sherbrooke
M. Gilles Côté	Institut Philippe-Pinel
D <sup>r</sup> Pierre Desjardins	Ordre des psychologues
Mme Hélène Fradet	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)
D <sup>r</sup> Fabien Gagnon	Université Laval
Mme Diane Gauthier	Hôpital Louis-H. Lafontaine
D <sup>r</sup> Pierre Lalonde	Université de Montréal
M. Guy Latraverse	Fondation Revivre (Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires)
D <sup>r</sup> Colette Roberge	Conseil médical du Québec
D <sup>r</sup> Jean-Bernard Trudeau	Hôpital Douglas
D <sup>r</sup> Pierre-Paul Yale	Association des médecins psychiatres

Sherbrooke, le 15 mars 2004

Monsieur Philippe Couillard  
Ministre de la Santé et des Services sociaux  
1075 chemin Ste-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec, Qc  
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Je vous sou mets ci-joint les conclusions et recommandations du premier rapport du Comité d'experts sur l'organisation des soins en santé mentale mis sur pied par votre ministère.

Nos travaux ont cheminé dans l'esprit du mandat général que vous nous avez confié.

Les travaux ont débuté le 17 novembre 2003 et ont porté prioritairement sur • les troubles suicidaires • l'accessibilité eu égard aux urgences en santé mentale. Deux groupes ont été formés, un à Québec et un à Montréal. Le groupe de Québec a étudié principalement la problématique du suicide et était composé des experts suivants : Hélène Fradet, Fabien Gagnon et Colette Roberge. Le groupe de Montréal s'est penché principalement sur • l'accessibilité aux urgences en santé mentale. Il était composé des experts : Gilles Côté, Pierre Desjardins, Diane Gauthier, Pierre Lalonde, Guy Latraverse, Jean-Bernard Trudeau et Pierre-Paul Yale

Les membres du comité siégeaient à titre personnel, indépendants, et non à titre de représentant de groupes professionnels. Les deux groupes se concertaient périodiquement pour partager leurs données, échanger des points de vue et atteindre des consensus. Nous avons pris connaissance des nombreuses données disponibles et avons entendu des intervenants en rapport avec les sujets étudiés.

Les problèmes sont nombreux ayant fait dans le passé l'objet d'études, de recommandations et de politiques générales.

Les difficultés générales d'application identifiées par notre comité sont reliées, entre autres, au flou qui recouvre encore la notion de santé mentale et de troubles mentaux, aux querelles idéologiques à tous les niveaux, à des communications inefficaces ou inexistantes entre les différents partenaires, à un sous-financement du réseau avec ce qui en découle dans les plans d'organisation humaine et matérielle, à une accessibilité inégale en regard des régions et des problématiques spécifiques. La maladie mentale est encore

perçue négativement et amène les patients à faire l'objet de désintérêt et de stigmatisation.

La notion de l'importance d'un leadership fort tant sur le plan provincial que local a été soulevé à toutes nos rencontres, aussi bien parmi les membres du comité qu'avec les groupes que nous avons entendus. Nous croyons que la volonté du ministère de favoriser l'émergence de leaders capables de mettre en place des services efficaces pourra rapidement se voir matérialisée si on écarte les nombreux obstacles.

Les membres du comité sont conscients de la présence des facteurs bio-psycho-sociaux qui circonscrivent les troubles mentaux, des limitations graves susceptibles de taxer l'individu et des impacts sur les proches et la société dans son ensemble, en terme de coûts monétaires et humains.

Les approches se doivent d'être globales, faites en partenariat, à long terme, validées et supportées par des budgets adéquats.

Dr Pierre Gagné  
Président du Comité d'experts

## TROUBLES SUICIDAIRES

### MISE EN CONTEXTE

Il apparaît essentiel d'aborder la problématique du suicide sous l'angle des troubles suicidaires compte tenu de l'inclusion habituelle dans ce terme de parasuicide et d'idéation suicidaire. Les troubles suicidaires sont des problèmes complexes qui impliquent des facteurs psychologiques, sociaux, génétiques, économiques, culturels et environnementaux. La littérature scientifique démontre qu'aucune intervention unique ne semble avoir de potentiel pour en réduire les taux. Un large éventail de stratégies de prévention, de traitement et de suivi est nécessaire pour parvenir ultimement à une réduction du taux du suicide à long terme.

La mise en place d'une politique de prévention du suicide exige la présence des prérequis suivants :

- une *volonté* politique ferme face aux objectifs visés ;
- un *leadership* permanent : présence d'un comité de coordination provincial à caractère multisectoriel ;
- une *vision* : un modèle théorique capable d'harmoniser l'ensemble des pratiques et l'organisation des services ;
- une collecte de *données* uniformisées permettant l'évaluation des pratiques et de l'organisation des services ;
- un *financement* global approprié, privilégiant les interventions prometteuses et/ou efficaces.

D'une importance capitale, le présent modèle théorique propose d'aborder la problématique du suicide sous l'angle du trouble suicidaire sans tentative ou avec tentative et de considérer le suicide comme une complication majeure (mortalité) de cette morbidité<sup>1</sup>. Ainsi les membres croient qu'il sera possible d'intégrer en un ensemble harmonieux, à l'intérieur de notre système de santé et de services sociaux, les interventions portant sur les facteurs de protection, de risque, le dépistage des groupes à haut risque de suicide, le traitement et le suivi intensif ou autre.

La concertation souhaitée vaut l'effort compte tenu de l'ampleur de la problématique du suicide au Québec. En 1998, les données épidémiologiques rapportent que, par tranche de 100,000 habitants,

---

<sup>1</sup> Jean-Jacques Breton, « Une petite révolution en prévention du suicide : pourquoi et comment », présentation au Séminaire de recherche, Unité de psychiatrie sociale du CRFS, 18 décembre 2003.

- les idéations suicidaires touchent 4,000 personnes,
- les parasuicides ou tentatives suicidaires 600,
- le suicide 21.

Le Québec a un taux de mortalité par suicide parmi les plus élevés des pays industrialisés et occupe, à cet égard, le premier rang pour l'ensemble des provinces du Canada. Les hommes se suicident à un ratio de 4 pour 1 femme et on se suicide jeune au Québec, ce qui nous place au second rang mondial par rapport au nombre d'années potentielles de vie perdues, tant pour les hommes que pour les femmes. De plus, on constate non seulement la progression, comme ailleurs dans le monde sauf aux États-Unis, de l'utilisation d'un moyen à létalité importante, la pendaison, mais dans une proportion plus importante qu'ailleurs :

56.9% des causes de décès par suicide chez les hommes  
48.1% chez les femmes<sup>2</sup>.

Enfin, les taux comparatifs d'hospitalisation suite aux tentatives de suicide mettent en évidence un écart important entre les pratiques médicales d'hospitalisation au Québec (49%) et la moyenne canadienne (88%)<sup>3</sup>. Ces données méritent d'être examinées avec soin.

Outre les principes de la réforme actuelle du système de santé comme la hiérarchisation des services, les propositions de ce rapport s'appuient sur une approche :

- globale, intersectorielle, même si le secteur des services de santé mentale a un rôle important à jouer ;
- basée sur des données probantes issues des meilleures connaissances scientifiques actuelles ;
- spécifique, proposant des actions concrètes qui doivent se prêter à l'évaluation.

Les données probantes supportant les recommandations choisies sont tirées d'une revue de la littérature québécoise, canadienne et internationale<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> « Répartition des décès (%) par suicide selon la cause par sexe, Québec, 2000p », tableau d'une présentation de Lucie Ross et Stéphane Prévost, *Profil du suicide au Québec, 1981-2000*, Direction du programme de santé publique, MSSS, 2004.

<sup>3</sup> Stéphanie Langlois et Peter Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, janvier 2002, p. 9-25.

<sup>4</sup> Soulignons, à titre d'exemple, *Suicide Prevention Strategies : Evidence from Systematic Reviews*, publié en 2003 par l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

## **PISTES D'ACTION**

Quatre catégories d'actions sont retenues et abordées sous l'angle de la contribution spécifique des ressources du réseau public et communautaire oeuvrant en santé physique et mentale.

### ***Inform***

L'ensemble des approches de prévention primaire n'ont pas été examinées en profondeur par le comité, elles sont évaluées dans un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec à paraître<sup>5</sup>. Cependant, pour contrer l'isolement, favoriser la demande d'aide, faciliter l'accès aux services et augmenter le niveau de connaissance des troubles suicidaires, il faut avoir accès à une large gamme de moyens pour informer l'ensemble de la population. Pour atteindre ces objectifs, les membres proposent :

- l'élargissement du mandat d'Info-Santé et l'amélioration du temps de réponse en implantant une ligne téléphonique unique et facile d'utilisation comme moyen d'accès à une information ou un service de santé mentale. Cette ligne serait un numéro à trois chiffres avec possibilité de bascule au 911 en cas d'urgence ou à la ligne d'intervention 1-866-APPELLE pour les problématiques suicidaires ;
- la diffusion d'information sur l'ensemble des ressources disponibles à l'intérieur de chaque réseau local et région afin d'en faciliter l'accès ;
- la diffusion des meilleures connaissances actuelles, entre autres celles nécessaires à la mise en place de protocoles standardisés pour l'identification des personnes à risque suicidaire ;
- l'élaboration d'une campagne provinciale d'information et de sensibilisation en vue de contrer le sentiment d'impuissance face au suicide et d'encourager les personnes, particulièrement les hommes, à consulter tôt lorsqu'ils vivent des difficultés psychologiques importantes.

### ***Form***

Le nombre de personnes qui sont appelées à intervenir auprès d'individus présentant des idées suicidaires ou des tentatives de suicide est important et les lieux d'intervention variés. Les membres recommandent de s'assurer que l'ensemble de ces personnes soient formées de façon adéquate pour :

- évaluer le risque suicidaire et l'urgence d'agir ;

---

<sup>5</sup> Marie Julien et Johanne Laverdure, *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, 2004.



- connaître les mécanismes d'orientation et les ressources appropriées pour les personnes et leurs proches ;
- intervenir et prendre en charge, au besoin, par une approche reconnue efficace.

D'autre part, un consensus se dégage des diverses études consultées à l'effet que les stratégies de priorisation de personnes à haut risque de suicide et la mise en place d'un ensemble d'actions efficaces pour répondre à leurs besoins sont des avenues prometteuses pouvant conduire à une possible réduction des taux de tentatives de suicide et de suicide<sup>6</sup>.

Il fait également consensus que 60 à 90% des gens qui se suicident ont un diagnostic de trouble mental dont principalement la dépression, la schizophrénie, la dépendance à l'alcool et/ou aux drogues et le trouble de personnalité limite. Et ces divers troubles sont souvent présents en co-morbidité. De plus, il est démontré qu'une large proportion des personnes décédées avaient été soit hospitalisées pour ces problèmes au cours des 12 derniers mois, soit avaient consultées principalement en psychiatrie externe, au cabinet du médecin de famille ou en urgence<sup>7</sup>. La moitié de ces personnes avaient été vues dans les derniers trois mois, certaines dans les derniers 15 jours avant leur décès. Enfin, 2% des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdent, par suicide, dans l'année qui suit et 10% de la même façon à long terme. Il s'impose de cibler, parmi les groupes à haut risque de suicide, les personnes qui présentent des troubles mentaux et ont fait une tentative de suicide. Parmi elles, particulièrement les hommes et les jeunes.

De plus, en février 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son document sur *L'évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide*, formule la recommandation suivante :

*« Notre troisième recommandation rappelle l'importance de mobiliser davantage certains acteurs clés du réseau de la santé et des services sociaux, par rapport à la prise en charge du problème du suicide. À cet égard, l'expertise et la participation accrue des médecins et des centres hospitaliers nous semblent essentielles. »*

C'est dans cette perspective que les membres recommandent :

- d'évaluer les besoins en formation des intervenants de première ligne et particulièrement des médecins de famille ;

<sup>6</sup> Suicide Action Montréal, *Avis de Suicide Action Montréal. Au sujet des documents : La santé en actions : Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 ; La prévention en actions : Plan montréalais en santé publique 2003-2006. 10 avril 2003.*

<sup>7</sup> Bureau du Coroner du Québec, *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 1996*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000 ; L. Appleby et al., « Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey », *British Medical Journal*, vol. 318, 8 mai 1999, p. 1235-1239.

- d'y répondre par la mise en place d'une équipe de formateurs par réseau local assurant une mise à niveau des connaissances et des activités de formation continue adaptées, s'appuyant sur une approche multidisciplinaire.

### *Intervenir*

L'évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide rapporte, de façon généralisée, d'importants problèmes de continuité de services, des difficultés d'accès aux soins psychosociaux et médicaux, peu d'arrimage entre le urgences et l'ensemble des ressources de la première ligne et une capacité limitée des ressources d'hébergement pour les personnes en crise suicidaire. De plus, des ressources d'intervention pour le soutien et le répit-dépannage des familles et des proches sont nécessaires compte tenu de leur grande détresse émotionnelle<sup>8</sup>.

Dans le cadre de la réforme actuelle des services de santé et des services sociaux, respectant les principes de la hiérarchisation, les membres recommandent le modèle suivant d'organisation des services (schémas en annexe) :

- une participation accrue des médecins de famille et des médecins des Groupes de médecine de famille à la prévention, au dépistage, à la prise en charge et au suivi des personnes au prise avec des troubles mentaux ;
- la mise en place d'équipes multidisciplinaires en santé mentale, composées de divers professionnels dont certains jouent un rôle de *case manager* et rattachées, en ambulatoire, au réseau local ;

il faudra assurer, dans ces équipes, la présence d'agent de liaison dont le rôle, l'autorité et la responsabilité seront :

- d'accueillir la demande de soins issue des ressources de la première ligne ambulatoire, de l'urgence et/ou de la deuxième ligne ;
- d'assurer l'orientation de la prise en charge selon les recommandations du plan de soin proposé ou du protocole de sortie de l'urgence ainsi que du milieu hospitalier ;
- d'assurer la relance auprès de la personne qui ne se présente pas à son rendez-vous ;
- d'assurer une rétroaction auprès du référent sur la nature et la continuité de la prise en charge ;
- d'assurer la liaison avec les autres personnes assumant des fonctions semblables en deuxième ligne ou dans le réseau communautaire ;
- une participation accrue des organismes communautaires dont les mandats se situent en santé mentale, notamment ceux qui interviennent en

---

<sup>8</sup> H. Provencher, *et al.*, *Le point de vue des familles face à la reconfiguration des services de santé mentale dans le contexte du soutien familial : rapport final*, Québec, 2001, 50 p.

prévention du suicide, au niveau des services de crise, des mesures de soutien et de répit-dépannage auprès des membres de l'entourage et, en respect de leurs droits et de leur autonomie, des groupes d'entraide pour les utilisateurs de services ;

- la mise en place d'une première ligne de crise 24/7, locale ou régionale constituée :
  - d'un Centre de crise avec une équipe assumant aussi une fonction liaison, des ressources d'hébergement et un accès possible à la consultation médicale
  - d'une urgence primaire ;
- la mise en place, à la sortie de l'urgence ou de l'hospitalisation, d'un suivi intensif et bref (3 mois) pour les personnes qui ont fait une tentative de suicide et ont été évaluées comme nécessitant cette approche selon le protocole de sortie.
 

Ce protocole de sortie doit identifier, entre autres :

  - la ressource qui assumera le suivi ;
  - la date du rendez-vous, donné dans un délai de 24-48 heures si nécessaire ;
  - l'agent de liaison responsable de s'assurer de la relance et de la continuité des soins ;
  - les ententes de collaboration établies avec les proches ;
- le soutien de la deuxième ligne par la mise en place de plages de disponibilité clinique pour des consultations jugées prioritaires, en plus de la réponse à l'urgence ;
- la mise en place d'ententes bidirectionnelles entre la deuxième ligne et les ressources des réseaux locaux et communautaires, visant le retour de la prise en charge dans les services de proximité.

### *Évaluer*

L'évaluation des pratiques est une fonction essentielle à l'amélioration et la qualité des services. Elle doit se faire autant en clinique que dans des activités plus spécifiques de recherche. À cet égard, les membres recommandent :

- d'exiger l'auto-évaluation, en équipe, des pratiques cliniques de tous les intervenants impliqués lors d'un suicide, et ce par la technique de l'autopsie psychologique;
- d'assurer l'implication et la rétroaction des coroners dans ces cas ;
- de s'assurer que les intervenants en santé mentale du réseau local, appuyés par les ressources régionales de la santé publique, colligent et analysent annuellement leurs données statistiques pour l'ensemble des troubles suicidaires dans leur territoire et mettent en place les améliorations pertinentes à leurs pratiques cliniques ;

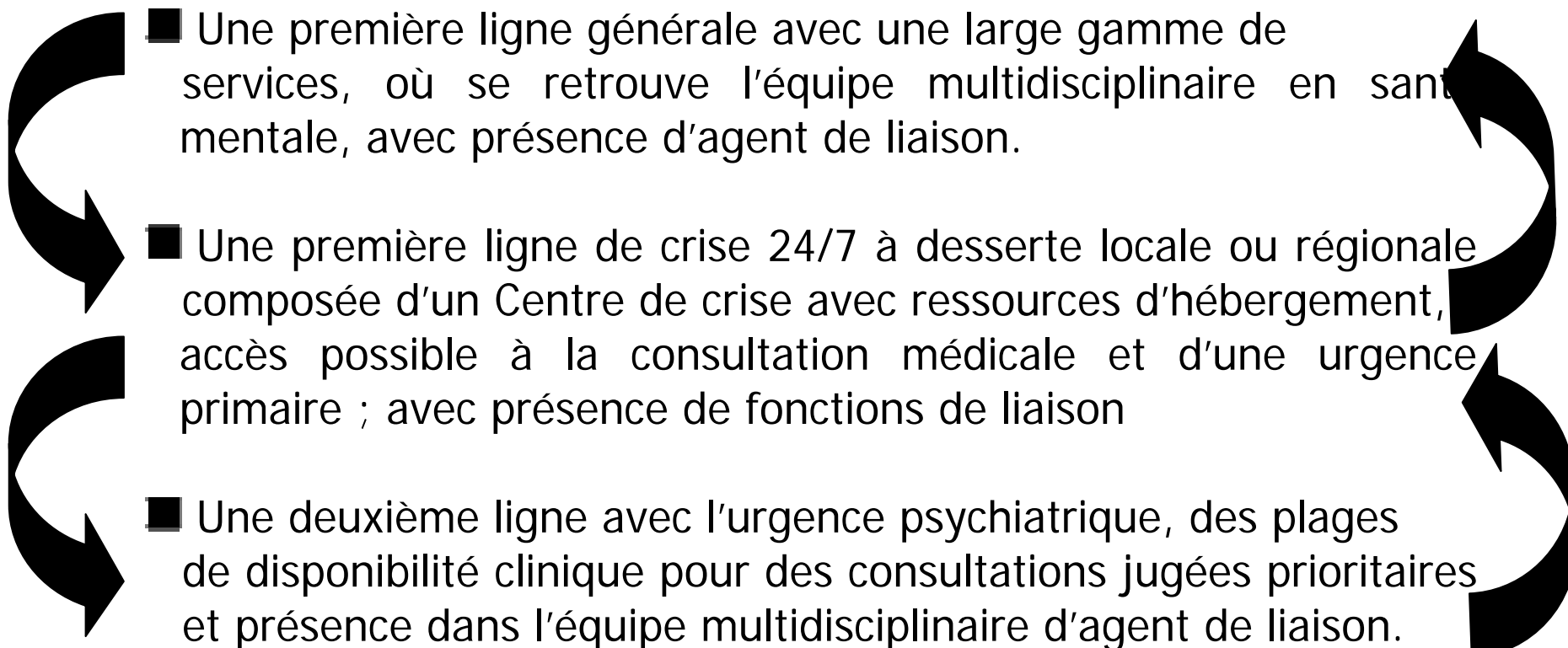
- de réévaluer les données d'hospitalisation concernant les tentatives suicidaires et, si nécessaire, de demander au Collège des médecins d'analyser les pratiques médicales à cet égard et de proposer les améliorations requises ;
- de supporter largement la recherche évaluative concernant les pratiques cliniques et l'organisation des services.

### **Les indicateurs de résultats**

Trois indicateurs de résultats sont retenus, évalués annuellement :

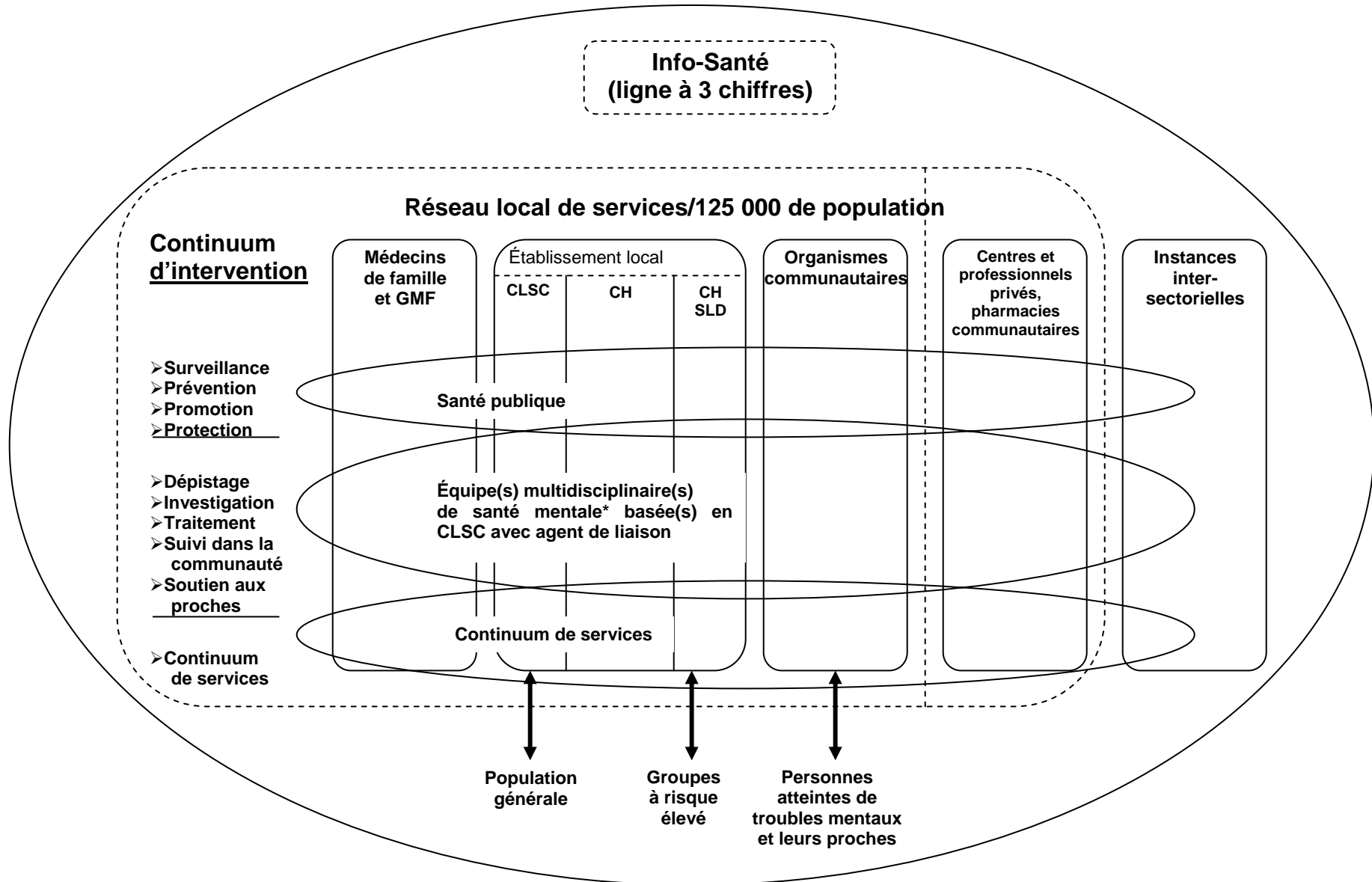
- le nombre de tentatives de suicide survenues dans la région, intégrant les données des urgences et des centres de crise ;
- le nombre de personnes ayant reçu un suivi intensif à leur sortie de l'urgence ou de l'hôpital et l'impact de cette approche pour ces personnes. Cela devrait permettre l'évaluation de ce service ;
- le nombre de suicides.

# Modèle d'intervention en situation de crise et d'urgence

- 
- Une première ligne générale avec une large gamme de services, où se retrouve l'équipe multidisciplinaire en santé mentale, avec présence d'agent de liaison.
  - Une première ligne de crise 24/7 à desserte locale ou régionale composée d'un Centre de crise avec ressources d'hébergement, accès possible à la consultation médicale et d'une urgence primaire ; avec présence de fonctions de liaison
  - Une deuxième ligne avec l'urgence psychiatrique, des plages de disponibilité clinique pour des consultations jugées prioritaires et présence dans l'équipe multidisciplinaire d'agent de liaison.

## ACCÈS AU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE

### Programme de lutte contre les troubles suicidaires - Perspective locale



\*Équipe multidisciplinaire de santé mentale: • équipe qui inclus divers professionnels, dont certains ont une fonction de *case manager* (porteur de dossier).  
• imputables à l'Agence locale ou Centre de santé.

\*Composante du réseau local: services de 1ère et 2e ligne incluant les services de proximité et services intersectoriels dans le milieu. Chaque réseau local a accès à un Centre de crise de son propre réseau, d'un réseau voisin ou de sa région.

# ACCESSIBILITÉ ET URGENCES EN SANTÉ MENTALE

## MISE EN CONTEXTE

**1.1** La présence de la clientèle psychiatrique (que ce soit dans les urgences primaires ou les urgences d'hôpitaux universitaires) est la source de plusieurs irritants cliniques et administratifs. Il faut s'y attarder pour améliorer l'accès et la qualité de l'intervention aux patients ainsi que le soutien et la reconnaissance des proches, des intervenants qui les accompagnent. Malgré les efforts déployés au cours des dernières années, on déplore encore trop souvent les situations suivantes:

### **1.1.1 Du côté de l'hôpital, on déplore**

- Achalandage qui déborde les capacités d'accueil
- Pertinence discutable de la consultation psychiatrique en urgence
  - quand le patient s'est suffisamment amélioré suite au traitement offert par l'omnipraticien
  - quand il s'agit d'un problème psycho-social qui aurait pu être réglé ailleurs
- Co-morbidité accentuant la complexité et la sévérité des problèmes
- Environnement physique non propice et surtout non sécuritaire
- Équipe multidisciplinaire incomplète, instable, non formée au management des situations d'urgence psychiatrique
- Contraintes légales (garde préventive qui peuvent allonger le séjour à l'urgence, responsabilité professionnelle centrée sur le médecin).

### **1.1.2 Du côté des utilisateurs, des familles ou des proches, des référents, on déplore**

- Déshumanisation de l'accueil, des services
- Stigmatisation et discrédit
- Temps d'attente et durée de séjour prolongée. Combien de patients passent plus de 48 heures en attente de lit à l'urgence?
- Épuisement et exaspération des proches qui ne savent plus à qui s'adresser
- Retour dans le milieu sans préparation avec la famille, les proches ou les personnes significatives

- Manque de reconnaissance de l'expertise des intervenants accompagnateurs ou des familles et des proches
- Manque de communication pour s'inscrire en continuité de l'action déjà amorcée et de rétroaction aux référents, le lien de confiance étant plutôt fragile
- Impératif de confidentialité invoquée comme frein à la collaboration.

1.2 À défaut d'un cadre organisateur de services en santé mentale et compte tenu de l'insuffisance des ressources dans toutes les régions ou territoires, l'urgence de l'hôpital est régulièrement la porte d'accès aux services psychiatriques et aux services d'intervention en situation de crise psychosociale. Trop souvent, on déplore les délais d'attente indus pour y avoir accès. De plus, les « contours des 1<sup>ière</sup>, 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> lignes de services en santé mentale » sont mal connus, ce qui entraîne un manque d'intégration, de collaboration et d'arrimage (travail en silo).

1.3 Il y a un problème d'adéquation entre les besoins de la clientèle et l'offre de services insuffisants dans la communauté en amont (avant d'accéder à l'hôpital) ou difficiles d'accès en aval (à la sortie de l'hôpital), ce qui entraîne l'engorgement des urgences. Parmi la gamme de services qui peuvent être requis selon les besoins de la personne, mentionnons, entre autres, les pénuries suivantes :

- Groupe d'entraide d'usagers;
- Groupes offrant des mesures de soutien et services de répit-dépannage aux familles et aux proches;
- Intervention de crise psychosociale dans la communauté (centres de crise);
- Hébergement de crise 24 heures / 7 jours par semaine (centres de crise);
- Milieux résidentiels diversifiés, avec soutien d'intensité variable, adapté aux besoins de la personne, incluant les programmes adaptés en CHSLD;
- Interventions thérapeutiques de 1<sup>ière</sup> ligne (CLSC, Clinique sans rendez-vous, GMF, CMA, omnipraticiens, psychologues, etc.);
- Prévention de l'incarcération par l'Urgence psychosociale justice;
- Soutien individuel à intensité variable dans la communauté, soutien aux études ou au travail;
- Centres de jour, suivi intensif dans le milieu;
- Traitement psychiatrique ambulatoire en clinique externe et hôpitaux de jour;



- Consultation psychiatrique rapidement accessible dans un cadre de soins partagés avec les omnipraticiens;
- Urgence d'hôpital général ou psychiatrique;
- Hospitalisation de courte durée en unité d'intervention brève (transitoire) à l'écart de la salle d'urgence;
- Hospitalisation pour traitement psychiatrique intensif de court ou de moyen séjour avec programmes spécifiques à des problématiques particulières (ex. jeunes psychotiques, troubles affectifs).

1.4 Les CLSC ne sont pas tous dotés d'une équipe multidisciplinaire en santé mentale. De plus, leur mandat est généralement perçu comme étant d'accueil, d'évaluation et d'intervention brève auprès de personnes ayant des problèmes transitoires de santé mentale. On axe souvent le service sur un seul aspect de l'approche bio-psycho-sociale, en privilégiant une "psychothérapie élémentaire" ou un soutien épisodique à très court terme (3 mois) en raison notamment de la composition des équipes et des compétences variables du personnel en place.

1.5 Contrairement à l'intention initiale de favoriser un accès aisé au traitement psychiatrique, le découpage en secteurs est devenu, avec le temps, un argument de refus aux demandes des patients. De plus, au cours des années, les équipes psychiatriques des cliniques externes se sont surchargées par les suivis à long terme de patients stabilisés, ne pouvant ou ne voulant pas les retourner en 1<sup>ière</sup> ligne. À cause de la longueur des listes d'attente, les secteurs peuvent difficilement répondre aux urgences, accueillir rapidement un patient à sa sortie de l'urgence ou celui référé par un omnipraticien.

## Pistes d'action

L'amélioration de l'accès à l'unité d'urgence et de la continuité des services à la personne à sa sortie passe inévitablement par des développements et par des relais entre les services en amont et en aval de l'urgence d'hôpital. L'unité d'urgence ne peut être dissociée d'une approche systémique d'un réseau de services de 1<sup>ière</sup>, 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> lignes si l'on veut des améliorations efficaces et durables à l'engorgement et au phénomène de la porte tournante à l'urgence.

## 2 À L'UNITÉ D'URGENCE

**2.1 Développer une fonction liaison pour tous les types d'urgence** : Un (ou des) clinicien(s) dont les compétences professionnelle et personnelle lui confèrent, dans son milieu, une crédibilité pour son expertise en psychiatrie, son humanisme et ses habiletés relationnelles. Il viendra jouer un rôle marquant dans l'humanisation de l'accueil et des soins. Sa fonction déborde le concept habituel du triage. En fonction des masses critiques, il pourrait être en place 16 heures / 7 jours par semaine. Cet agent de liaison travaille en étroite collaboration avec l'urgentiste (psychiatre ou omnipraticien) et son équipe. Par son leadership, il développe une fluidité des contacts, des relais en

- Accueillant le patient, ses proches ou ses accompagnateurs;
- Prévenant l'urgentiste dans l'estimation de la pertinence d'une consultation psychiatrique;
- Rétablissant, voire en créant un réseau de soins et services intégrés autour de la personne par une concertation, une coordination avec les différents partenaires à l'hôpital et dans la communauté (famille, omnipraticien, CLSC, organismes communautaires, etc.);
- Offrant à ses collègues une information pertinente à un suivi efficace, dans le respect des confidences faites par le patient;
- Assurant, en collaboration avec l'urgentiste, le protocole de sortie ainsi que son suivi auprès de la (ou des) ressource identifiée pour favoriser la continuité de l'intervention auprès de la personne et, au besoin, auprès de ses proches;
- Offrant, comme personne-ressource auprès du personnel, de l'information clinique ou juridique, un encadrement et du soutien, particulièrement dans les urgences primaires;
- Documentant les problèmes rencontrés pour le relais aux services en amont et en aval de l'unité d'urgence par une collecte de données pertinentes;
- Faisant des représentations auprès de l'instance locale imputable de l'accès aux services, en collaboration avec les autres agents de liaison, les établissements et

organismes concernés. La fonction liaison devient ainsi un agent de changement, d'amélioration constante pour une meilleure gestion des relais entre les différents partenaires.

Ce poste, avec des définitions de tâches variables, existe déjà dans certaines urgences (35% environ). Il faut harmoniser cette fonction dans toutes ces urgences et la créer là où elle n'est pas encore en place en insistant sur la stabilité, la crédibilité et les habiletés relationnelles des cliniciens qui en assumeront la responsabilité.

**2.2 Insister sur la stabilité d'une équipe multidisciplinaire formée à l'intervention d'urgence :** Toute unité d'urgence devant répondre à 2 500 visites ou plus par année devrait compter sur une équipe multidisciplinaire stable, formée à l'intervention d'urgence en psychiatrie. La présence d'un psychiatre affecté à l'urgence est souhaitée pour soutenir ce travail d'équipe. Y aurait-il lieu de regrouper des urgences?

**2.3 Aménager des lieux apaisants et surtout sécuritaires à l'unité d'urgence :** Des locaux partagés ou exclusifs (selon les masses critiques), situés à l'écart des autres utilisateurs de la salle d'urgence, contribuent à offrir un cadre humanisant et thérapeutique, un accueil respectueux et une écoute empathique. Un bureau pour faire des entrevues avec le patient, ses proches ou accompagnateurs, dans un climat de tranquillité, permet de régler bien des situations de crise dans le calme.

**2.4 Élaborer et appliquer un protocole de sortie de l'unité d'urgence :** Avant que le patient ne quitte l'urgence et avec son accord, un projet de suivi bio-psycho-social vise un arrimage avec des personnes significatives ainsi que l'accès à un service de soutien, dans un délai convenu, en continuité de l'intervention de l'équipe d'urgence. La responsabilité du protocole de sortie incombe à l'agent de liaison en étroite collaboration avec l'urgentiste; il est également responsable du suivi jusqu'à la tenue du rendez-vous fixé. De plus, pour les personnes se présentant à l'urgence, par exemple, pour la troisième fois dans l'année avec des problèmes complexes, il est souhaité de réunir les partenaires concernés en vue de se concerter quant à l'organisation des services à cette personne.

**2.5 Diffuser le guide de gestion de l'unité d'urgence** en voie de finalisation par le MSS. S'assurer que les mesures retenues par le ministre soient intégrées au guide et veiller à une diffusion rapide de ce document.

### 3. UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

#### **3.1 Présenter un cadre organisationnel pensé en fonction d'une hiérarchisation des services et de leur complémentarité :**

La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ainsi que celle des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) crée de la confusion chez plusieurs gestionnaires et intervenants en santé mentale. Pour en faciliter la compréhension, la publication d'information adaptée aux besoins de chacun s'avère pertinente. Une incitation ferme à la collaboration devrait s'en dégager en vue d'amener chaque dispensateur de services à relier son mandat à celui de ses partenaires pour couvrir, sans dédoublement et sans compétition conflictuelle, une large gamme de besoins. L'imputabilité de chacun devient alors une importante question à considérer. Des ententes et des corridors de services clarifieront les relations entre les partenaires (voir la liste de services énoncée à 1.3), en laissant place à ce que cette liste soit complétée selon les besoins et les particularités de la population des territoires, afin de former un réseau intégré de services adapté à leur réalité. On n'insistera jamais trop sur l'importance du mouvement de la clientèle, de son retour, dans les meilleurs délais, vers des services de proximité (1<sup>ière</sup> ligne). Cette compréhension de l'organisation des services en santé mentale facilitera les communications entre partenaires pouvant se référer à des concepts et un langage commun dans leurs efforts pour établir des relais entre eux. Les processus de soins et de services, sollicités à travers une véritable approche d'intégration et d'imputabilité des différents acteurs, s'harmoniseront dans les réseaux locaux de santé.

#### **3.2 Harmoniser la géographie des territoires locaux et des secteurs psychiatriques** et offrir un éventail de services sur chaque territoire. S'assurer que chaque territoire est bien nanti d'une gamme de services adaptés au contexte local selon le cadre organisationnel de la hiérarchisation des services.

**3.3 Assurer la disponibilité de centres de crise dans toutes les régions :** Amorcé en 1986 dans le cadre des mesures d'urgence mises de l'avant par madame la ministre Thérèse Lavoie-Roux, il faut s'assurer que la clientèle adulte ayant des problèmes de santé mentale ait accès à des services d'intervention de crise psychosociale dans tous les territoires, lorsque leur état physique ou mental ne nécessite pas une intervention en milieu hospitalier. Depuis la création de ce type de services, les organismes communautaires ont relevé avec succès ce nouveau défi. On devrait poursuivre les développements en ce sens lorsque possible. Il faut également veiller à ce que ce service soit accessible 24 heures / 7 jours par semaine. Seules les modalités d'offre de services devraient être ajustées en fonction des masses critiques et des particularités des territoires. Un continuum de services entre l'intervention de crise dans la communauté et l'urgence d'hôpital pourra offrir une alternative tant souhaitée par la clientèle et ses proches.

**3.4 Offrir un soutien thérapeutique en 1<sup>ière</sup> ligne :** Le défi en 1<sup>ière</sup> ligne est d'offrir un éventail de services pour répondre à différents besoins de base en santé mentale. Il est important que dans chaque territoire, par le biais des CLSC, une équipe

multidisciplinaire en santé mentale travaille en collaboration avec des omnipraticiens. Dans les réseaux locaux de services, il faut faciliter l'accès à des thérapies offertes par des psychologues cliniciens, formés et instrumentés pour travailler en santé mentale, en collaboration avec les omnipraticiens du territoire (GMF et autres) et les agents de liaison des urgences. Une gamme de professionnels, dûment formés au dépistage, à la prise en charge et sachant quand référer à une 2<sup>ième</sup> ligne accessible, permettra de résoudre bien des problèmes de santé mentale et ainsi limiter d'autant le recours aux services d'urgence. La référence doit être facile pour compléter une évaluation psycho-sociale : il faut aisément avoir accès à une consultation psychiatrique qui pourra repérer des symptômes et proposer des traitements appropriés.

**3.5 Réserver des plages horaires pour la consultation :** Pour favoriser les soins partagés, les psychiatres pourraient être incités à augmenter leur disponibilité pour offrir de la consultation auprès des omnipraticiens et des équipes de santé mentale des réseaux locaux. Ils pourront ainsi offrir plus rapidement une réponse aux urgentistes et aux omnipraticiens de 1<sup>ère</sup> ligne qui auront évalué la pertinence et le délai approprié pour répondre aux besoins de leur patient. Ces plages horaires, réservées à la consultation psychiatrique, devront être connues de leurs partenaires pour faciliter les communications. Un rapport rapide et dactylographié de consultation, axé sur le suivi de l'intervention, doit nécessairement s'ajouter. Encore faut-il que, pour donner suite à leur consultation, les psychiatres puissent aussi s'associer à la hiérarchisation des services afin d'assurer le relais avec les autres professionnels et intervenants dans la communauté. Pour permettre aux psychiatres d'augmenter leur disponibilité à la consultation, ils doivent être déchargés, en partie, du suivi des patients stabilisés, le relais étant assumé par une 1<sup>ière</sup> ligne de services thérapeutiques appropriés ou des " case manager ", des intervenants de suivi intensif dans le milieu (SIM). La 1<sup>ière</sup> ligne s'adresse autant à une clientèle ayant des troubles mentaux transitoires qu'à celle ayant des troubles mentaux sévères mais stabilisés.

**3.6 Organiser une formation continue pertinente :** Un rapport de consultation bien fait est une des meilleures sources de formation continue pour des cliniciens expérimentés. Mais des programmes de formation, de mise à jour, en lien avec les problématiques traitées et les besoins des intervenants, peuvent améliorer la qualité des pratiques. Pour certains sujets touchant à l'interdisciplinarité, le regroupement de professionnels de diverses disciplines favoriseront ensuite la collaboration. La finesse dans l'évaluation des besoins des patients et la variété des réponses offertes s'enrichit de la coopération des divers intervenants. Des échanges bi-directionnels entre des cliniciens concernés par un client permettront d'enrichir l'expérience de chacun. La confiance mutuelle se développe généralement par des contacts personnalisés.

**3.7 Réviser certaines lois qui ralentissent l'accès à des soins psychiatriques efficaces**

- Alléger la procédure de garde préventive qui, dans sa forme actuelle, ne permet pas à l'urgentiste de demander directement une consultation psychiatrique comme pour les autres disciplines; il doit, au préalable, obtenir l'accord d'un juge.

- Désigner certains juges familiarisés aux problèmes de santé mentale, s'il y a un volume suffisant de requêtes.
- Donner le pouvoir au juge d'ordonner un traitement en même temps qu'une garde en établissement.
- Envisager la possibilité du « No fault » pour favoriser la collaboration dans le suivi. Quand on partage le traitement, on partage la responsabilité. On pourrait considérer l'indemnisation des victimes d'erreur pour certaines pratiques à haut risque.

**3.8 Soutenir la recherche évaluative** : En affectant un pourcentage des subventions offertes par le FRSQ à la recherche évaluative de ces révisions d'organisation des soins et services, il sera possible d'améliorer la pratique en se fondant sur des données probantes. Des indicateurs de qualité pourront aussi être définis.

- Diminution des consultations aux urgences d'hôpitaux
- Diminution de la durée de séjour à l'urgence
- Performance des centres de crise
- Diminution des suicides
- etc

## TRAVAUX À VENIR DU COMITÉ

- Poursuite et intensification du processus de consultation: représentants des familles et amis des malades mentaux, association des groupes communautaires et ressources alternatives, associations professionnelles en santé mentale ( infirmières, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux...) Bureau du Coroner, autres.
- Étude de la question d'accessibilité à l'aide, au traitement et au suivi bio-psycho-social en relation avec les intervenants en 1ère et 2e ligne
- Études de stratégies pour assurer la continuité et la fluidité entre les services médicaux et les autres services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale.
- Étude des clientèles particulières: juvéniles, âgées, judiciairisés, abandonnées, abuseurs de substances, autochtones
- Élaboration de processus de suivis et d'évaluations avec le groupe de la santé mentale du ministère et l'Institut nationale de santé publique
- Présentation d'un rapport avec plan d'action opérationnel le 20 juin 2004

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

Pierre Gagné, président du Comité.  
Gilles Côté, groupe de Montréal  
Pierre Desjardins, Groupe de Montréal  
Hélène Fradet, Groupe de Québec  
Fabien Gagnon, Groupe de Québec  
Diane Gauthier, Groupe de Montréal  
Pierre Lalonde, Groupe de Montréal  
Guy Latraverse, Groupe de Montréal  
Colette Roberge, Groupe de Québec  
Jean-Bernard Trudeau, Groupe de Montréal  
Pierre-Paul Yale, Groupe de Montréal