

# **VERS DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN SANTÉ MENTALE**

Plateau de services intégrés spécialisés

**CADRE CONCEPTUEL**

Québec 

## **ÉDITION**

**La Vice-présidence affaires publiques et communications, Santé Québec.**

Le présent document n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Publications.**

Ce document a été rédigé en suivant les principes généralement acceptés de rédaction épicène, qui donnent une place équivalente au féminin et au masculin, genres envisagés comme des pôles opposés, mais non absolus, dans le continuum du genre.

## **DÉPÔT LÉGAL**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-02942-2 (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.

© Santé Québec, 2025



Par respect pour l'environnement, privilégiez  
la consultation de ce document en version numérique.

## LISTE DES COLLABORATEURS

### DIRECTION DES TRAVAUX

**Tung Tran**, directeur général santé mentale, dépendance, neurodiversité et déficience physique, Santé Québec

**Pierre Bleau**, directeur national des services en santé mentale et en psychiatrie légale, ministère de la Santé et des Services sociaux

**Isabelle Fortin**, directrice adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral, Santé Québec

### COORDINATION DES TRAVAUX

**Alexandre St-Germain**, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

**Moana Desbiens**, conseillère en santé mentale – Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

### RÉDACTION (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

**Célia Bocchi**, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Moana Desbiens**, conseillère en santé mentale – Alternatives à l'hospitalisation, Santé Québec

**Audrey Duchesne**, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSS de la Capitale-Nationale

**Annie-Claude Harvey**, conseillère cadre – projet hôpital Saint-François d'Assise et Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), CIUSS de la Capitale-Nationale

**Marc Lecourtois**, chargé de projet IPAM, mandat Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP), mandat provincial, CIUSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Gilles Roy**, agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Marie-Ève Simard**, conseillère cadre, volet alternative à l'hospitalisation en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Alexandre St-Germain**, coordonnateur de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, Santé Québec

**Marie-Ève Vautrin-Nadeau**, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

### AVEC LA COLLABORATION DES MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE

**Terence Blais**, directeur adjoint des programmes de santé mentale et dépendance – services internes, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

**Annie-Claudie Canuel**, coordonnatrice au déploiement et à l'amélioration des mécanismes d'accès en santé mentale et du Programme québécois pour les troubles mentaux, Santé Québec

**Laurence Caron**, directeur adjoint – division des projets, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

**René Cloutier**, directeur général, Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec

**Carly Kalichman**, directrice adjointe des programmes de santé mentale et dépendance, CIUSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**Hugues Laforce**, psychologue, directeur du Centre d'intervention de crise Tracom, vice-président du Regroupement des services d'intervention de crise du Québec

**Laurent Lestage**, médecin psychiatre à l'urgence psychiatrique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Frédéric Mercier**, chef d'administration de programmes – Alternatives à l'hospitalisation, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**Karine Plante**, conseillère aux services sociaux généraux, ministère de la Santé et des Services sociaux

**Léa-Frédérique Rainville**, conseillère stratégique aux dossiers transversaux en dépendance et en itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

**Marc-André Roy**, professeur titulaire de psychiatrie et neurosciences à la Faculté de médecine de l'Université Laval, psychiatre à la Clinique Notre-Dame des Victoires et directeur médical, Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) du CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Amélie Vézina**, cheffe de service du Plateau de services intégrés en santé mentale (axe 6 du Plan d'action interministériel en santé mentale [PAISM]), CISSS de Laval

## COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES MODALITÉS RURALES (PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE)

---

**Martin Barolet**, conseiller cadre – Alternatives à l'hospitalisation, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Audrey Bernard**, conseillère cadre aux mandats transversaux et cheffe de projet, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'à décembre 2023)

**Julie Couture**, directrice adjointe des services d'urgence, alternatifs à l'hospitalisation et ambulatoires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Andréane Dionne-Jalbert**, cheffe des services du traitement intensif bref à domicile (TIBD) et de l'équipe de réinsertion sociale, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Audrey Duchesne**, agente de planification et de programmation de la recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Annie-Claude Harvey**, conseillère cadre, projet hôpital Saint-François d'Assise et IPAM, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Marie-Ève Lacroix**, agente de planification et de programmation de la recherche, projet des mesures alternatives à l'hospitalisation, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Jennifer Lavallée**, directrice des programmes santé mentale, dépendance et itinérance, CISSS de la Côte-Nord

**Julie Lesage**, coordonnatrice de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à juin 2024)

**Karine Martel**, travailleuse sociale, coordonnatrice du volet psychosocial et des admissions au TIBD, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**Caroline Mathieu**, directrice des services multidisciplinaires et des programmes et services de proximité, CISSS des Îles

**Kimberly Mercier**, chargée de projet, conseillère cadre, mesures IPAM, CISSS de l'Outaouais

**Louise Montreuil**, proche partenaire

**Sylvain Nadeau**, directeur du programme santé mentale, dépendances et services psychosociaux généraux, CISSS de la Gaspésie

**Monique Rezende**, conseillère cadre, élaboration de programmes, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (jusqu'à juillet 2024)

**Gilles Roy**, agent de planification et de programmation de la recherche, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Krystina Sawyer**, directrice des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

**Marie-Ève Simard**, conseillère cadre, volet alternative à l'hospitalisation psychiatrique, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Éric St-Jean**, directeur des programmes santé mentale et dépendance, CISSS du Bas-Saint-Laurent

**Marc Tremblay**, directeur adjoint, soutien et réadaptation dans la communauté, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## RELECTURES

---

**François Neveau**, coordonnateur clinique des équipes de suivis dans la communauté, Santé Québec

**Julie Lesage**, coordonnatrice de la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à juin 2024)

## REMERCIEMENTS

---

La direction adjointe des services en santé mentale adulte, en psychiatrie légale et en milieu carcéral de Santé Québec tient à remercier toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce cadre conceptuel.

Un merci particulier à l'Institut de la pertinence des actes médicaux pour avoir soutenu la réalisation de ce projet au cours des trois dernières années, aux Instituts universitaires en santé mentale Douglas, de Montréal et de Québec pour le soutien à l'implantation et aux sept établissements vitrines pour la mise en œuvre des Plateaux de services intégrés spécialisés en santé mentale.

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux personnes qui ont participé aux divers comités. Un merci particulier à Julie Lesage, qui a amorcé les travaux tout en contribuant à faire vivre et à articuler la vision entourant le changement de paradigme nécessaire au déploiement des alternatives à l'hospitalisation. Merci également à toutes les personnes que nous aurions pu oublier par inadvertance.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. LES ORIGINES DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION .....</b>	<b>2</b>
1.1 Nouveau paradigme de soins et services.....	3
<b>2. ASSISES.....</b>	<b>4</b>
2.1 Mission.....	4
2.2 Vision.....	4
2.3 Objectifs.....	4
2.4 Retombées organisationnelles et cliniques attendues.....	5
2.5 Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale .....	5
2.5.1 La personne utilisatrice de services experte de son rétablissement.....	5
2.5.2 Des proches considérés, intégrés et outillés.....	6
2.5.3 Des équipes cliniques du Plateau mobilisées, soutenues et formées.....	7
2.5.4 Des partenaires du réseau communautaire et du RSSS intégrés.....	7
2.6 Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.....	8
2.6.1 Favoriser l'accessibilité aux soins et aux services .....	8
2.6.2 Privilégier une approche biopsychosociale .....	8
2.6.3 Intervenir dans une perspective pérenne.....	8
2.6.4 Promouvoir la pertinence et l'efficience des soins et des services.....	9
2.6.5 Assurer la continuité des soins et des services.....	9
2.6.6 Cœuvrer dans une perspective de système de santé apprenant .....	9
<b>3. DESCRIPTION SOMMAIRE DES ACTIONS.....</b>	<b>11</b>
3.1 Population visée .....	11
3.2 Accompagnement bref dans la communauté (ABC) .....	11
3.3 Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) .....	11
3.4 Traitement intensif bref à domicile (TIBD).....	12
<b>4. INTERRELATION ENTRE LES TROIS ACTIONS.....</b>	<b>13</b>
4.1 Établir une structure de cogestion médicale pour le Plateau.....	13
4.2 Encourager des pratiques de gestion agiles et flexibles.....	13
4.3 Formaliser des mécanismes de concertation entre les actions .....	14
4.4 Construire un langage commun.....	14
4.5 Orchestrer la complémentarité.....	15
4.6 Déployer un système intégré de gestion des données.....	15
<b>5. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES.....</b>	<b>16</b>
5.1 Intégration du Plateau dans l'offre de services existante.....	16
5.2 Modalités d'accès.....	17
5.2.1 Le rôle de contrôle d'accès à l'hospitalisation pour assurer la pleine utilisation des services du Plateau.....	18
5.2.2 Le cheminement des demandes à l'intérieur du Plateau.....	19

<b>6. MODALITÉS CLINIQUES .....</b>	<b>21</b>
6.1 Composition des équipes du Plateau de service.....	21
6.2 Pratiques collaboratives.....	21
6.3 Gestion positive du risque.....	23
6.3.1 Repérer et estimer le risque.....	23
6.3.2 Gérer le risque.....	24
6.3.3 Suivre et évaluer en continu le risque.....	24
6.4 Considérer, intégrer et outiller les proches .....	25
6.4.1 Considérer.....	25
6.4.2 Intégrer.....	25
6.4.3 Outiller .....	26
6.5 Approche intégrée santé mentale et dépendance .....	26
6.5.1 Une coordination et une collaboration formalisées entre les secteurs santé mentale et dépendance.....	27
6.5.2 Une évaluation globale des besoins .....	27
6.5.3 Un traitement et une approche intégrée et personnalisée .....	27
6.5.4 Des équipes cliniques formées en dépendance.....	28
6.6 Approche intégrée santé mentale et itinérance.....	28
<b>7. MODALITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION .....</b>	<b>29</b>
7.1 Délimitation des zones de couverture.....	29
7.2 Ajustement de la charge de travail.....	30
7.3 Attribution des dossiers en fonction de l'emplacement géographique.....	30
7.4 Solutions technologiques.....	30
7.5 Télésanté et consultations à distance .....	30
7.6 Visites à domicile.....	30
7.7 Équipes intégrées.....	31
7.8 Partenariats et collaboration .....	31
<b>8. PRATIQUES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE .....</b>	<b>32</b>
<b>9. SUIVI DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE .....</b>	<b>33</b>
9.1 Expérience personne utilisatrice de services.....	33
9.2 Expérience proche.....	33
9.3 Expérience membre des équipes du Plateau.....	34
9.4 Expérience partenaire .....	34
9.5 Reddition de comptes.....	34
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>36</b>
<b>MÉDIAGRAPHIE .....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 1 VIGNETTES CLINIQUES.....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE 2 AIDE-MÉMOIRE POUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION DE SUBSTANCES (TUS) .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE 3 AIDE-MÉMOIRE POUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE .....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXE 4 APPLICATION DES PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE AU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>53</b>
<b>LEXIQUE.....</b>	<b>57</b>

# LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. PILIERS DU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE .....	5
FIGURE 2. PRINCIPES DIRECTEURS DU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE.....	10
FIGURE 3. PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE EN COMPLÉMENTARITÉ DE L'OFFRE DE SERVICES EXISTANTE.....	16
FIGURE 4. REPRÉSENTATION IMAGÉE DU RÔLE DE CONTRÔLE D'ACCÈS À L'HOSPITALISATION.....	18
FIGURE 5. ARBRE DÉCISIONNEL POUR LE CHEMINEMENT DES DEMANDES À L'INTÉRIEUR DU PLATEAU.....	20

# LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. DISTINCTION ENTRE LES TROIS ACTIONS.....	12
TABLEAU 2. DISTINCTIONS ENTRE DIFFÉRENTES PRATIQUES COLLABORATIVES .....	22
TABLEAU 3. FACILITATEURS ET OBSTACLES INDIVIDUELS ET ORGANISATIONNELS À LA TRANSDISCIPLINARITÉ .....	22
TABLEAU 4. DÉFIS RENCONTRÉS DANS LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION .....	29

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ABC</b>	Accompagnement bref dans la communauté
<b>AAOR</b>	Accueil, analyse, orientation et référence
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CRD</b>	Centre de réadaptation en dépendance
<b>DÉBA</b>	Dépistage et évaluation du besoin d'aide
<b>DRH</b>	Direction des ressources humaines
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers
<b>DSM</b>	Direction des services multidisciplinaires
<b>ETC</b>	Équivalent temps complet
<b>GHB</b>	Gamma-hydroxybutyrate
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>IPAM</b>	Institut de la pertinence des actes médicaux
<b>IPSSM</b>	Infirmier praticien spécialisé en santé mentale ou infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
<b>IUSM</b>	Institut universitaire en santé mentale
<b>IUSMM</b>	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
<b>IUSMD</b>	Institut universitaire en santé mentale Douglas
<b>IUSMQ</b>	Institut universitaire en santé mentale de Québec
<b>MASM</b>	Mécanisme d'accès en santé mentale
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PAISM</b>	Plan d'action interministériel en santé mentale
<b>RLRQ</b>	Recueil des lois et des règlements du Québec
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SIF</b>	Suivi d'intensité flexible
<b>SIM</b>	Suivi intensif dans le milieu
<b>SIV</b>	Suivi d'intensité variable
<b>SPA</b>	Substances psychoactives
<b>TIBD</b>	Traitemen intensif bref à domicile
<b>TUS</b>	Trouble lié à l'utilisation de substances
<b>UIBP</b>	Unité d'intervention brève en psychiatrie

# AVANT-PROPOS

Le Cadre conceptuel du Plateau de services intégré spécialisé en santé mentale (ci-après nommé Plateau) pose les grands principes communs aux trois actions de l'axe 6 du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 – S'unir pour un mieux-être collectif* (PAISM) : l'accompagnement bref dans la communauté (ABC), l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et le traitement intensif bref à domicile (TIBD). Des guides d'application distincts ont été développés pour ces trois actions, en complément de ce cadre conceptuel.

## À QUI S'ADRESSE CE CADRE CONCEPTUEL

Ce cadre conceptuel s'adresse principalement :

- aux gestionnaires, aux médecins et aux équipes cliniques du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) impliqués dans le déploiement du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale et de la prestation de soins et services au sein de celui-ci;
- aux partenaires du RSSS, qu'ils soient du secteur public ou communautaire;
- aux différentes instances de recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux susceptibles de s'intéresser au fonctionnement, au parcours de soins et aux trajectoires cliniques impliquant les Plateaux du Québec.

## COMMENT CE CADRE A ÉTÉ DÉVELOPPÉ

La production de ce cadre conceptuel a été rendue possible à la suite d'un projet de réinvestissement de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), dont le mandat est de définir et d'adopter des mesures pérennes visant à améliorer la pertinence des actes médicaux inappropriés, réalisés à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales.

Ce cadre est le fruit d'une concertation entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Santé Québec, l'Institut universitaire en santé mentale (IUSM) Douglas (IUSMD) du Centre intégré universitaire santé et services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, l'IUSM de Montréal (IUSMM) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et l'IUSM de Québec (IUSMQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale. En 2022-2023, ces Instituts ont reçu le mandat de produire les modèles cliniques préliminaires et leurs gabarits de mises en œuvre. Ce travail a été réalisé en étroite collaboration avec les établissements du RSSS, tout en favorisant les arrimages entre les milieux cliniques et de la recherche. Il s'agissait également de promouvoir les meilleures pratiques en ayant recours à une méthodologie fondée sur les données probantes. Chaque IUSM était porteur d'une action alternative à l'hospitalisation :

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, IUSMM : accompagnement bref dans la communauté (ABC);
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, IUSMD : unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP);
- CIUSSS de la Capitale-Nationale, IUSMQ : traitement intensif bref à domicile (TIBD).

En 2023-2024, les trois modèles cliniques susmentionnés ont fait l'objet d'ajustements et d'améliorations en continu grâce au déploiement concerté des mesures alternatives à l'hospitalisation du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale dans sept établissements vitrines :

- CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- CISSS de Laval;
- CISSS de l'Outaouais.

L'année 2024-2025, en plus d'être consacrée à la poursuite du déploiement des trois actions dans les établissements vitrines et à l'amélioration continue des modèles cliniques, se termine par la publication de ce premier cadre conceptuel sur le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale, en prévision d'un déploiement national. La rédaction du cadre conceptuel a été appuyée par un comité consultatif composé de porte-parole des personnes utilisatrices de services, des proches, des centres de crise, des établissements d'implantation, des milieux de la recherche et des directions cliniques du MSSS concernées. Il s'accompagne de [trois guides d'application \(ABC, UIPB et TIBD\)](#) qui posent les balises opérationnelles pour soutenir l'implantation des équipes, tout en outillant les parties prenantes du réseau.

# INTRODUCTION

Au Québec, le système de santé et services sociaux fait face à des défis importants, notamment en ce qui concerne la santé mentale. Le taux d'occupation élevé des urgences est un phénomène préoccupant qui exerce une pression significative sur le RSSS. Or, l'engorgement des urgences est notamment lié à la capacité limitée des centres hospitaliers à admettre rapidement sur les unités de soins les personnes utilisatrices de services en attente (1), ainsi qu'au manque d'alternatives à l'hospitalisation permettant de répondre à l'ensemble des besoins (2). De plus, l'hospitalisation psychiatrique est parfois dépeinte par les personnes utilisatrices comme une expérience négative et stigmatisante pouvant aller jusqu'à freiner le processus de rétablissement (3, 4).

En réponse à ces enjeux, l'axe 6 du *PAISM 2022–2026 – S'unir pour un mieux-être collectif* met de l'avant la mise en œuvre de trois actions structurantes :

**Action 6.1 Accompagnement bref dans la communauté (ABC)**

**Action 6.2 Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)**

**Action 6.3 Traitement intensif bref à domicile (TIBD)**

Ces actions visent « à prévenir l'hospitalisation ou à abréger celle-ci ainsi qu'à favoriser le maintien ou un retour rapide de la personne dans son milieu de vie (4) ». Bien que ces actions présentent des spécificités, elles trouvent leur force dans leur convergence et leur complémentarité, qui se concrétisent par la mise en place d'un Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.

Un élément crucial du Plateau est l'accent mis sur la pertinence de ses actions et leurs retombées sur la santé et le bien-être des personnes utilisatrices. Concrètement, cela implique :

- la définition d'indicateurs cliniques précis et pertinents pour chaque action du Plateau;
- la collecte régulière de données sur ces indicateurs tout au long du parcours de soins;
- l'utilisation de ces résultats pour guider la prise de décision clinique.

Cette approche basée sur les données probantes permet non seulement d'optimiser les soins pour chaque personne, mais aussi d'améliorer continuellement la qualité et l'efficacité des services offerts par le Plateau dans son ensemble. Elle s'inscrit pleinement dans la vision d'un système de santé apprenant (5), capable de s'adapter et d'évoluer en fonction des résultats observés.

Cette évolution repose sur une approche de coconstruction, favorisant une collaboration étroite entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, les instituts universitaires, les établissements de santé et de services sociaux, les personnes utilisatrices de services, leurs proches et les partenaires de la communauté. Grâce à cette collaboration, il est possible d'ajuster continuellement les pratiques en fonction des données probantes, des données cliniques, des retours d'expérience et des changements dans les politiques de santé. Ainsi, ce cadre conceptuel ne constitue qu'un point de départ et sera amené à être adapté en fonction des nouvelles réalités et des avancées dans le domaine de la santé mentale.

# 1. LES ORIGINES DES ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION

Depuis presque quarante ans, la population du Québec peut compter sur d'autres options que la visite à l'urgence ou l'hospitalisation en psychiatrie pour obtenir des soins et des services de crise en santé mentale.

Au milieu des années 1980, les organismes à but non lucratif se voient confier le mandat d'offrir des services d'intervention de crise. À l'époque, la volonté ministérielle était déjà de favoriser une approche non médicale des problèmes de santé mentale et de fournir des services d'intervention de crise souples et rapidement accessibles dans la communauté afin de contribuer au désengorgement des services hospitaliers. Depuis, les centres de crise proposent généralement une offre intégrée de services à trois volets, soit : une ligne d'intervention téléphonique et un service d'hébergement de crise 24 h/24, 7 j/7, ainsi qu'un service de suivi de crise dans la communauté. Plus récemment, dans le cadre du *PAISM 2022–2026 – S'unir pour un mieux-être collectif*, le MSSS poursuit le déploiement et la consolidation de services d'intervention de crise communautaires en santé mentale dans les régions de l'Estrie et du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Parallèlement à la création de ce réseau de centres et de services d'intervention de crise, le MSSS met progressivement sur pied des services de suivi en santé mentale dans la communauté, tels que le suivi intensif dans le milieu (SIM), le suivi d'intensité variable (SIV) et, plus récemment, le suivi d'intensité flexible (SIF) et les programmes pour premiers épisodes psychotiques (PPEP). En raison de l'intensité des soins et du soutien qu'elles offrent aux personnes souvent aux prises avec des troubles de santé mentale graves, ces équipes permettent elles aussi de diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation en psychiatrie.

Dans la foulée du mouvement d'externalisation des soins en psychiatrie et de développement de services dans la communauté, différents services précurseurs ont été développés afin de maintenir dans la communauté les personnes en crise souffrant de troubles de santé mentale. C'est dans les années 1990 qu'ont été déployées les premières équipes de *Crisis Resolution Teams*, un hybride entre l'ABC et le TIBD. Par la suite, le modèle a été implanté à grande échelle au Royaume-Uni et en Norvège ([6–10](#)). Il a aussi été implanté dans de nombreux autres pays d'Europe au cours des 20 dernières années, dont la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Irlande, la Suisse, le Danemark et l'Espagne ([11–24](#)). Ces années ont aussi été marquées par l'évolution progressive des modèles d'intervention en santé mentale, visant à offrir des alternatives plus personnalisées et normalisantes par rapport à l'hospitalisation psychiatrique. En 2008, une première initiative d'hospitalisation à domicile a été mise en place par l'IUSMQ afin de compléter les services d'intervention de crise alors disponibles. De plus, des structures telles que des unités mobiles de stabilisation de la crise ont émergé comme précurseures des UIBP. Ces dernières ont ensuite été influencées par des programmes spécialisés de haute intensité, qui intégraient une équipe multidisciplinaire.

## **1.1 NOUVEAU PARADIGME DE SOINS ET SERVICES**

Le nouveau paradigme de soins et services du Plateau représente un changement significatif dans l'approche des soins de santé mentale au Québec. Il permet d'offrir des services historiquement dispensés en milieu hospitalier directement dans le milieu de vie de la personne ou de favoriser un retour rapide à domicile. Une importance particulière est accordée à l'intégration et au soutien des proches dans le processus de soins et services, tout en maintenant une approche centrée sur la personne et ses besoins. L'organisation et la prestation des services sont adaptées en conséquence, plutôt que ce soit à la personne et ses proches de s'adapter au RSSS.

Le Plateau permet ainsi de rejoindre des personnes qui, pour diverses raisons, ne peuvent ou ne veulent accéder aux services réguliers. L'hospitalisation psychiatrique étant parfois perçue comme une expérience négative et stigmatisante ([19](#), [27](#), [28](#)), le Plateau s'inscrit dans une perspective de lutte contre cette stigmatisation ([13](#), [14](#), [19](#)) en offrant des services alternatifs au cadre hospitalier régulier en respectant ainsi les valeurs, les besoins et les préférences de la personne. Cela permet la poursuite ou la reprise de l'exercice des rôles sociaux, tels que le rôle parental et/ou le rôle lié au travail, malgré un contexte de crise ou un requis de soins aigus.

## 2. ASSISES

### 2.1 MISSION

Le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale offre des alternatives à l'hospitalisation dans une perspective de complémentarité avec l'offre de soins et services existante.

### 2.2 VISION

En collaboration étroite avec les personnes, leurs proches et les partenaires, le Plateau offre des services flexibles, de haute qualité, au cœur de la communauté et s'adaptant aux besoins évolutifs. Il favorise le rétablissement et la déstigmatisation. Ancré dans l'innovation et l'amélioration continue, le Plateau incarne ainsi une approche intégrée et humaniste, soutenant l'autonomie, l'autodétermination et le bien-être des personnes en vue d'un maintien ou d'un retour rapide dans leur milieu de vie<sup>1</sup>.

### 2.3 OBJECTIFS

Le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale vise à :

- favoriser une expérience positive de soins et services, notamment en assurant un environnement thérapeutique sécuritaire et dénué de toute stigmatisation, qui respecte les besoins, valeurs et préférences des personnes et de leurs proches;
- maintenir les liens avec l'environnement et favoriser un retour rapide dans le milieu de vie dans une perspective durable;
- assurer une utilisation efficiente des ressources en misant sur le partenariat, la collaboration entre les personnes utilisatrices, leurs proches, les partenaires communautaires et les équipes cliniques du RSSS;
- optimiser la qualité des soins et services en misant sur des pratiques collaboratives, le partage de tous les types de savoirs, les meilleures pratiques et les données probantes;
- contribuer à l'amélioration de l'accès et de la fluidité au sein du RSSS.

---

1. Le milieu de vie peut être **stable** (p. ex.: maison, appartement), **temporaire** (p. ex.: chez une ou un proche) ou **substitut** (p. ex.: centre de crise, ressource d'hébergement d'urgence ou temporaire).

## **2.4 RETOMBÉES ORGANISATIONNELLES ET CLINIQUES ATTENDUES**

- Favoriser l'engagement de personnes qui présentent des enjeux d'adhésion à l'offre de services actuelle en santé mentale;
- Encourager les interventions auprès des proches pour soutenir le rétablissement à plus long terme;
- Diminuer le recours à l'hospitalisation ou à l'urgence, dans l'optique d'éviter l'engorgement du RSSS;
- Réduire le phénomène de « portes tournantes ».

## **2.5 PILIERS DU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE**

La réalisation de la vision du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale s'appuie sur quatre piliers fondamentaux et structurants à la base de sa création et de son déploiement. La mise en œuvre d'un partenariat entre la personne, ses proches, l'équipe clinique et les partenaires s'avère incontournable dans l'actualisation du rétablissement.



Figure 1. Piliers du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

### **2.5.1 La personne utilisatrice de services experte de son rétablissement**

La personne utilisatrice est au cœur de l'offre de services du Plateau et demeure l'experte de sa situation. Toutes les interventions sont offertes dans la perspective de la soutenir dans son processus de rétablissement.

Conçu à partir d'une revue systématique de littérature sur le sujet, le modèle CHIME ([29](#)) regroupe les dimensions à considérer pour soutenir et favoriser le rétablissement des personnes utilisatrices de services en santé mentale. Celles-ci façonnent la conceptualisation du Plateau, sa raison d'être, sa vision ainsi que les objectifs poursuivis par la personne.

- **Liens aux autres et à la communauté (*Connectedness*)** : Les alternatives à l'hospitalisation reposent sur le maintien dans la communauté, permettant à la personne de poursuivre et de maintenir ses rôles sociaux sans engendrer de rupture avec le milieu de vie ou le réseau social (ce qui est généralement plus difficile en contexte d'hospitalisation).
- **Espoir (*Hope and optimism*)** : Avoir des rêves, des aspirations et croire à la possibilité de bâtir une vie satisfaisante selon ses propres critères. Cela implique une réelle rencontre avec la personne utilisatrice pour la connaître et identifier ses forces, ses goûts et ses intérêts. Par un accompagnement personnalisé, il s'agit d'éveiller l'espoir, de consolider la confiance en ses ressources et de nourrir une motivation authentique à entreprendre des actions concrètes en faveur de sa santé mentale.
- **Identité personnelle (*Identity*)** : Reconstruire une image positive de soi et lutter contre la stigmatisation. Le Plateau de services vise ainsi à offrir un environnement dépourvu de stigmatisation et de discrimination, en privilégiant des interventions respectueuses des besoins des personnes et de leurs proches. Ils peuvent ainsi recevoir des services sans craindre l'étiquette sociale qui peut être associée à l'hospitalisation régulière, en limitant les risques de rupture avec l'environnement et les rôles sociaux.
- **Signification et sens à la vie (*Meaning*)** : Avoir une vie de qualité et qui a du sens, des objectifs et une spiritualité. Chaque personne est unique et a le droit de choisir la voie qu'elle empruntera dans son cheminement vers la santé mentale et le bien-être (30), ce qui invite au respect de sa primauté. Cela se traduit, entre autres, par des soins et services sur mesure (26), personnalisés et flexibles (14, 31). Les équipes cliniques valorisent le savoir expérientiel et fondent leurs interventions sur les connaissances, les aspirations et les priorités des personnes et de leurs proches.
- **Sentiment de maîtrise sur sa vie, pouvoir d'agir et autodétermination (*Empowerment*)** : Le Plateau de services met l'accent sur le développement du pouvoir d'agir des personnes (13, 27, 28, 32) en misant sur leurs forces et celles de leur environnement. Les processus décisionnels sont ainsi basés sur la priorisation des besoins et le respect des choix exprimés, plutôt que ceux du système de santé ou des équipes cliniques.

### **2.5.2 Des proches considérés, intégrés et outillés**

Le Plateau de services reconnaît et valorise le réseau social et la préservation des liens comme leviers favorisant le rétablissement, ainsi que la prévention des rechutes. L'implication des proches tout au long du parcours de soins et services est encouragée autant que possible, dans le respect de leurs disponibilités et de leurs limites, en fonction du souhait de la personne utilisatrice de services. Les proches peuvent notamment être des membres de la famille ou toute personne significative (p. ex. : collègue de travail, camarade, membre du voisinage).

Le contexte d'intervention du Plateau, lequel vise un maintien ou un retour rapide dans la communauté, augmente les occasions de communication et d'intervention avec les proches. Les équipes cliniques ont l'occasion d'évaluer leurs besoins et de les soutenir selon le niveau d'implication souhaité, de concert avec la personne utilisatrice de services<sup>2</sup>.

---

2. La section 6.5 détaille les modalités cliniques permettant de considérer, d'intégrer et d'outiller les proches.

Enfin, face à des personnes complètement isolées, sans soutien significatif, des stratégies sont privilégiées par les équipes cliniques pour travailler à la création de liens et de racines avec la communauté comme vecteur important dans le rétablissement et le maintien de la santé mentale.

### **2.5.3 Des équipes cliniques du Plateau mobilisées, soutenues et formées**

Le Plateau ne peut exister sans la présence de personnel formé et mobilisé. Une place importante est accordée à la formation et à l'encadrement clinique pour favoriser une prise de décision partagée avec la personne, ses proches, les membres de l'équipe clinique et les partenaires. Le contexte de soins aigus, d'intervention rapide et de gestion de risque inhérent au contexte clinique nécessite une disponibilité accrue des gestionnaires auprès des membres de l'équipe clinique.

Le Plateau favorise des équipes interconnectées, collaborant efficacement avec les services communautaires et ceux du RSSS. Un environnement de sécurité psychologique permet aux membres de partager ouvertement leurs expériences et vulnérabilités, favorisant l'amélioration continue. La reconnaissance des équipes et leur soutien favorisent l'instauration d'un climat de travail stimulant, la participation ainsi que la rétention du personnel en place. Le partage de la mission et de la vision du Plateau donne un sens clinique au travail de chaque personne. Enfin, le Plateau promeut l'autonomie professionnelle et la latitude décisionnelle, permettant à chaque membre d'exercer pleinement sa profession dans un cadre collaboratif et innovant.

### **2.5.4 Des partenaires du réseau communautaire et du RSSS intégrés**

Le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale est développé et déployé en complémentarité avec l'offre de services existante. Il ne vient pas remplacer ce qui existe déjà, mais vient plutôt s'intégrer pour offrir une alternative à l'hospitalisation. Les membres des équipes du Plateau vont à la rencontre des partenaires et les consultent pour déterminer l'offre de services, visant un positionnement complémentaire du Plateau. Il est important de prévoir des instances formelles pour assurer, en continu, la fluidité avec l'offre de services existante, pouvoir améliorer ce qui doit l'être et trouver des solutions face aux enjeux qui pourraient émerger dans la collaboration.

À titre d'exemple, les centres de crise, communautaires ou publics, font partie des partenaires de premier plan. Ils sont à considérer en priorité lorsque vient le temps de tisser un filet de sécurité avec la personne et ses proches. Il importe de consolider le partenariat avec ces ressources et de reconnaître que les professionnelles et professionnels qui y œuvrent sont des collaborateurs compétents, encadrés et soutenus sur le plan clinique. Ainsi, leurs observations, activités et décisions devraient être considérées, respectées et utilisées en faveur d'un partage efficace des responsabilités, et ce, au bénéfice de la personne utilisatrice de services.

## **2.6 PRINCIPES DIRECTEURS DU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE**

Les principes directeurs sont le liant des quatre piliers du Plateau. Ils ont pour objectifs d'orienter les prises de décision clinico-administratives et de guider les interventions au quotidien. Ils sont appuyés par la littérature et l'expérience des établissements vitrines soutenus par les Instituts universitaires en santé mentale du Québec, mandatés pour l'élaboration des [guides d'application des trois actions](#).

### **2.6.1 Favoriser l'accessibilité aux soins et aux services**

L'un des principes clés du Plateau est de faciliter l'accès et l'arrimage entre les services pour s'assurer que la personne utilisatrice obtienne une réponse à ses besoins au moment opportun (33, 34). Pour assurer une réponse adéquate à toute personne, y compris en cas de trouble concomitant, de comorbidité ou de situation d'itinérance, le Plateau porte une attention particulière à la réduction des barrières représentées par les critères d'accès et de rétention dans les services (35-37).

Le Plateau contribue notamment à démocratiser l'accès aux soins et services en permettant aux personnes exprimant une réticence face à l'hospitalisation en établissement de recevoir les soins et services requis pour favoriser leur maintien dans le milieu de vie. Le processus de référence est simplifié afin que les démarches administratives ne soient pas un frein à l'accès aux services. Ainsi, le Plateau permet une évaluation rapide des besoins de la personne, en concertation avec les référents et partenaires impliqués.

### **2.6.2 Privilégier une approche biopsychosociale**

Le Plateau repose sur une approche biopsychosociale, permettant de considérer l'ensemble des facteurs à la source des problèmes vécus et d'intervenir directement sur les systèmes et les contextes au sein desquels ils se produisent (14, 16, 20-23, 27, 28, 38). Cela implique de prêter une attention particulière aux facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui influencent l'état de santé des personnes et de les accompagner dans différentes démarches pour répondre à leurs besoins (p. ex. : revenu, éducation, emploi, alimentation, accès aux services de santé, soutien social) et diminuer les facteurs de stress inhérents à ceux-ci. En cohérence avec cette approche, une composition d'équipe variée est privilégiée.

### **2.6.3 Intervenir dans une perspective pérenne**

En permettant le maintien ou le retour rapide dans le milieu de vie et la poursuite des activités malgré le contexte de soins aigus, le Plateau mise sur la gestion positive des risques et l'élaboration de stratégies d'adaptation pérennes par la personne et ses proches (8, 19, 39). Les équipes cliniques soutiennent les personnes dans le développement de leurs capacités et de leur résilience. Ceci vise à les outiller pour gérer les situations à risque, affronter le stress et prévenir ou atténuer les épisodes futurs (27, 28, 40, 41), le tout en cohérence avec les différentes dimensions du rétablissement énoncées dans le premier pilier.

Le Plateau vise également à susciter l'adhésion aux soins et aux services par la construction d'une alliance thérapeutique. En effet, le bon déroulement et la pertinence des interventions réalisées dépendent en grande partie de la capacité des équipes cliniques à créer rapidement un lien avec la personne et ses proches, tout en mettant la prise de décision partagée au cœur de l'intervention. L'équipe interdisciplinaire

contribue à créer une expérience positive de soins en intervenant à domicile ou en facilitant un retour rapide dans le milieu de vie. Elle aide également à renforcer la confiance dans les services offerts, en soutenant l'affiliation ou la réaffiliation au RSSS ou au réseau communautaire.

#### **2.6.4 Promouvoir la pertinence et l'efficience des soins et des services**

En misant sur la collaboration interprofessionnelle, le Plateau favorise une utilisation efficiente des ressources humaines, notamment des psychiatres qui peuvent ainsi se concentrer sur les actes où l'expertise médicale est requise. L'ensemble des membres de l'équipe sont amenés à œuvrer aux frontières de leur discipline, tout en respectant les champs de pratique et les actes réservés. Le jugement clinique et l'autonomie professionnelle sont valorisés et utilisés à leur plein potentiel. Ainsi, la pertinence des actes médicaux y est optimale.

Le Plateau repose sur l'intégration et le croisement des savoirs cliniques, expérientiels (ceux des personnes utilisatrices de services et de leurs proches) et scientifiques, notamment en raison de la complexité et du niveau de risque associés aux situations rencontrées. En ce sens, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité sont donc essentielles pour favoriser la mise en commun des connaissances requises dans le cadre de la pratique.

#### **2.6.5 Assurer la continuité des soins et des services**

En misant sur la continuité, le Plateau s'assure d'établir les liaisons requises avec les différents partenaires communautaires et ceux du RSSS tout au long du suivi. Ainsi, les services déjà impliqués auprès d'une personne intégrée au sein du Plateau doivent être mobilisés dès le début de façon à assurer la circulation de l'information, à prévenir la désaffiliation et à préparer la fin de l'épisode de soins et de services. Dans certaines situations complexes, les équipes assurant le suivi en amont et en aval peuvent prendre part à l'intervention et partager certains rôles et responsabilités. Toutefois, les équipes cliniques du Plateau assument la responsabilité et l'orientation des interventions pour la durée de l'épisode de service, tout en maintenant le processus de décision partagée avec la personne et ses proches.

#### **2.6.6 Œuvrer dans une perspective de système de santé apprenant**

Pour assurer une amélioration continue des résultats cliniques, le Plateau intègre la mesure systématique et l'analyse rigoureuse des données, véritable moteur d'évolution. Cela se concrétise par la mise en place de mécanismes de collecte et d'analyse des données cliniques, permettant de cerner avec précision les forces et les limites des interventions mises en œuvre. L'exploitation de ces informations conduit ensuite à un ajustement régulier des pratiques, garantissant ainsi une adaptation constante aux besoins des personnes utilisatrices et aux réalités du terrain. Enfin, l'échange actif des connaissances et des meilleures pratiques entre les équipes cliniques favorise une dynamique d'apprentissage collectif et d'amélioration continue.

En participant à la documentation, à l'évaluation et à l'amélioration en continu des pratiques, le Plateau de services s'inscrit dans un système de santé apprenant. Afin de favoriser une culture d'équipe dite apprenante, il importe d'offrir les formations et les modalités de soutien clinique requises pour assurer le développement de l'expertise et l'exercice du plein rôle des membres de l'équipe clinique. À cette fin, une évaluation régulière des services devrait être prévue, en incluant des indicateurs de performance, des retours d'expérience des personnes, de leurs proches, des équipes cliniques et des partenaires, ainsi

que des mécanismes d'ajustement des services en fonction des données recueillies. En adoptant cette approche, le Plateau garantit des services de qualité toujours plus pertinents, efficaces et centrés sur la personne.



Figure 2. Principes directeurs du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale

# **3. DESCRIPTION SOMMAIRE DES ACTIONS**

## **3.1 POPULATION VISÉE**

Adultes de 18 ans et plus présentant une instabilité marquée de l'état mental, ayant des besoins aigus et d'intensité élevée, à qui un accès rapide au Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale sera susceptible d'éviter une hospitalisation en psychiatrie ou d'en abréger la durée, le cas échéant. La détermination du requis de soins et services, le niveau de sécurité nécessaire et les objectifs thérapeutiques sont à considérer pour orienter la personne vers le bon service du Plateau, lequel doit offrir une réponse coordonnée, fluide et efficiente aux besoins constatés.

## **3.2 ACCOMPAGNEMENT BREF DANS LA COMMUNAUTÉ (ABC)**

L'ABC a le mandat d'offrir un suivi biopsychosocial bref aux personnes en situation de crise de santé mentale qui sont susceptibles de recourir aux services de l'urgence hospitalière ou des unités d'hospitalisation en psychiatrie, à défaut d'avoir une réponse rapide et adéquate à leurs besoins. Le traitement des références est réalisé dans un délai de 4 h les jours ouvrables, pour une intégration dans les services dans un délai de 24 à 48 h. L'intervention vise la résorption de la crise et la mise en place d'un filet de sécurité. Les équipes peuvent également intervenir à la suite d'une hospitalisation auprès des personnes dont l'état mental reste fragile ou pour qui le retour dans le milieu de vie présente un risque de réactivation de la crise. Elles assurent le relais, après intervention, vers le service de la communauté le plus adapté au besoin de la personne. Le [guide d'application ABC](#) présente en détail l'offre de services et les stratégies de mises en œuvre.

## **3.3 UNITÉ D'INTERVENTION BRÈVE EN PSYCHIATRIE (UIBP)**

L'UIBP a le mandat d'offrir des interventions brèves pour les personnes nécessitant un court séjour hospitalier entre 24 à 96 h, sans briser les liens avec le milieu de vie et la communauté. L'admission à l'UIBP permet d'assurer la sécurité de la personne, de poursuivre l'observation, de réaliser les évaluations requises, de mettre en place des traitements, des interventions et de la réadaptation ainsi que d'assurer la planification et la continuité des soins et services après le congé. Le [guide d'application UIPB](#) présente en détail l'offre de services et les stratégies de mises en œuvre.

### **3.4 TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD)**

Le TIBD vise à offrir à domicile les mêmes services cliniques que lors d'une hospitalisation. L'objectif est de stabiliser l'état mental des personnes qui requièrent un niveau de soins aigus et pour lesquelles le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation serait autrement nécessaire dans l'immédiat ou les jours suivants. Il permet d'instaurer ou d'ajuster un traitement pharmacologique et de réaliser des interventions appropriées auprès des personnes et de leurs proches, lorsque le tout peut être réalisé de façon sécuritaire dans le milieu de vie. Le TIBD favorise le maintien du fonctionnement social malgré un requis d'hospitalisation. Il peut prendre le relais auprès de personnes hospitalisées pour écourter la durée du séjour et poursuivre le traitement à domicile. La durée approximative de l'épisode de soins et services au TIBD varie de 4 à 12 semaines. Le [guide d'application TIBD](#) présente en détail l'offre de services et les stratégies de mises en œuvre.

	<b>ABC</b>	<b>UIBP</b>	<b>TIBD</b>
<b>Requis de soins et services</b>	Nécessité d'un suivi biopsychosocial rapide dans la communauté	Nécessité d'une intervention rapide et brève dans un environnement hospitalier sécuritaire	Nécessité de recourir à l'urgence ou à l'hospitalisation dans l'immédiat ou les jours suivants pour des soins aigus et un traitement pharmacologique
<b>Requis médical</b>	Consultation médicale au besoin	Prise en charge médicale	Prise en charge médicale
<b>Durée</b>	1 à 6 semaines	24 à 96 heures	4 à 12 semaines
<b>Modalités</b>	1 à 3 rencontres par semaine	Modalités multimodales et intensives 24/7	Suivi d'au moins deux visites par jour en début de suivi avec une diminution graduelle
<b>Objectifs généraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un filet de sécurité et contribuer à la résolution de la crise</li> <li>• Permettre aux personnes vivant une crise de santé mentale de demeurer dans leur milieu de vie tout en assurant le maintien de leur fonctionnement social</li> <li>• Contribuer au développement de stratégies d'adaptation afin de prévenir les crises subséquentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabiliser, dans un environnement sécuritaire, l'état mental de la personne</li> <li>• Confirmer ou poser un diagnostic</li> <li>• Offrir ou poursuivre des traitements, de la réadaptation et des interventions psychosociales</li> <li>• Assurer une planification sécuritaire du congé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabiliser l'état mental à domicile en instaurant ou en ajustant un traitement pharmacologique et un suivi médical, infirmier et psychosocial intensif</li> <li>• Favoriser le maintien du fonctionnement social malgré un requis d'hospitalisation</li> </ul>

Tableau 1. Distinction entre les trois actions

Des vignettes cliniques permettant d'illustrer chacune des actions du Plateau sont présentées à l'[annexe 1](#).

# 4. INTERRELATION ENTRE LES TROIS ACTIONS

Au-delà de la description de chaque action, il est essentiel de souligner l'importance d'une coordination fluide et d'une interrelation efficace entre elles. Dans cette optique, le Plateau s'engage à mettre en place des mécanismes précis pour faciliter la communication, le partage d'informations et la continuité des soins entre les différentes actions. Cela implique notamment :

- la création de mécanismes de concertation régulière entre les responsables des différentes actions, afin de favoriser une vision commune et une coordination optimale des interventions;
- la mise en place de protocoles de communication clairs et efficaces entre les équipes, afin d'assurer une transmission rapide et fiable des informations importantes;
- l'utilisation de plateformes numériques communes pour la gestion des données des personnes utilisatrices, permettant un accès sécurisé et coordonné aux informations pertinentes.

## 4.1 ÉTABLIR UNE STRUCTURE DE COGESTION MÉDICALE POUR LE PLATEAU

Étant donné l'implication de psychiatres dans les services du Plateau, une structure de cogestion médicale est à mettre en place afin que les gestionnaires et les médecins psychiatres développent une vision et des objectifs communs. Cette structure permet de positionner de manière stratégique les actions du Plateau au sein des directions santé mentale et dépendance, tout en surmontant les obstacles et les enjeux éventuels. Bien que ces services puissent être gouvernés par plusieurs gestionnaires, ils devraient avoir le ou la même responsable hiérarchique afin de simplifier la gouvernance, et ainsi porter la vision du Plateau au sein de la direction et des différentes instances.

La mise en place d'une instance assurant la cohésion et la cohérence entre les trois mesures permet de garantir la fluidité et l'agilité au sein du Plateau de services. Elle regroupe des médecins et du personnel clinique représentant l'ABC, l'UIBP et le TIBD, qui exercent un leadership facilitant l'appropriation de la vision intégrative du Plateau par les équipes cliniques et leurs partenaires, les transferts intra-Plateau et la gestion positive du risque.

## 4.2 ENCOURAGER DES PRATIQUES DE GESTION AGILES ET FLEXIBLES

Afin d'assurer la qualité et la sécurité des services, tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement favorisent des pratiques de gestion agiles et flexibles. Ces pratiques appuient les gestionnaires de proximité dans la prise de décisions quotidienne, permettant ainsi une réponse rapide, sécuritaire et de qualité aux besoins fluctuants de la clientèle. Une approche de gestion itérative et des ajustements continus sont donc

nécessaires. Les gestionnaires du Plateau font preuve de proactivité afin de déceler les enjeux potentiels. Une vigilance particulière est exercée quant aux facteurs influençant la capacité des équipes ainsi que la qualité et la sécurité des soins et services offerts.

Les gestionnaires du Plateau réagissent rapidement aux obstacles ou aux difficultés quotidiennes, faisant preuve de souplesse et de créativité dans la recherche de solutions ainsi que dans la gestion du personnel. Leur présence sur le terrain favorise une gestion de proximité et renforce l'interrelation entre les trois actions, de même que l'efficience et la fluidité des soins et services au bénéfice de la clientèle. Leurs pratiques de gestion soutiennent également l'autonomie professionnelle, la collaboration, le partenariat, l'apprentissage commun et la qualité de l'expérience des personnes utilisatrices de services, de leurs proches, du personnel et des partenaires.

### **4.3 FORMALISER DES MÉCANISMES DE CONCERTATION ENTRE LES ACTIONS**

Il est important de mettre en place un mécanisme de liaison et de coordination qui favorise la continuité de l'épisode de soins pour chaque personne utilisatrice, et ce, à travers les trois actions du Plateau. Concrètement, le mécanisme de liaison et de coordination doit faciliter autant que possible le transfert direct des personnes utilisatrices d'une action à l'autre, en réduisant au maximum les étapes administratives, et faciliter chaque transition. Il est notamment attendu que le TIBD puisse référer la personne à l'UIBP sans passer par l'urgence et que l'UIBP puisse référer au TIBD et à l'ABC. Plusieurs défis sont à anticiper en lien avec le niveau d'interopérabilité, entre autres, le circuit du médicament, les références centrées sur la seule évaluation psychiatrique, la présence d'une ou d'un psychiatre dans l'équipe ainsi que la capacité de cette dernière. L'adoption d'un plan d'action favorisant l'interopérabilité des mesures du Plateau est donc fortement recommandée.

### **4.4 CONSTRUIRE UN LANGAGE COMMUN**

Une culture et un langage communs au sein des équipes du Plateau peuvent être renforcés grâce à des formations croisées. Toutes les personnes œuvrant au sein des équipes du Plateau doivent s'approprier les piliers et principes directeurs décrits plus haut. Elles doivent connaître l'offre de services en santé mentale de leur secteur, notamment celle des autres actions du Plateau. Lors de l'accueil et de l'intégration du nouveau personnel, des journées d'observation des autres actions sont recommandées, de même que des formations sur certains thèmes spécifiques. Ainsi, le personnel est invité à s'approprier une vision commune du Plateau, à assurer une cohérence entre chacune de ses trois actions et à favoriser la concertation entre les équipes.

Il est également recommandé de mettre en commun et d'harmoniser les outils cliniques utilisés dans les différentes actions du Plateau, en cohérence avec les procédures des établissements. Ce partage vise à instaurer une cohérence dans la gestion positive du risque, de même qu'une continuité des soins et services offerts à l'intérieur du Plateau. Des formulaires communs aux trois actions du Plateau peuvent éviter les répétitions pour la personne utilisatrice et ses proches et faciliter l'accès aux interventions.

Une plateforme commune pour le partage et la centralisation des informations reliées au processus d'admission, à la trajectoire, ou encore à la planification clinique des services offerts aux personnes utilisatrices gagne à être adoptée pour assurer la cohérence et la continuité de l'épisode de soins. Cette plateforme peut également faciliter l'accès des personnes utilisatrices aux outils, rendez-vous et coordonnées de l'équipe clinique attitrée.

## **4.5 ORCHESTRER LA COMPLÉMENTARITÉ**

La gouvernance du Plateau, bien que centrée sur l'interrelation entre l'ABC, l'UIBP et le TIBD, est conçue pour favoriser une intégration systémique plus large. Cette gouvernance implique :

- la participation de
  - personnes utilisatrices de services et de proches;
  - différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et communautaires;
- la mise en place de mécanismes de collaboration avec les
  - différents programmes et services;
  - autres Plateaux, particulièrement dans les milieux urbains.

Cela permet d'assurer une cohérence avec les orientations et les priorités du système dans son ensemble, tout en favorisant la fluidité de ce dernier et la continuité des soins et services dans le meilleur intérêt de la personne utilisatrice et de ses proches. De plus, cela favorise l'échange des connaissances et des meilleures pratiques dans une perspective d'amélioration continue.

## **4.6 DÉPLOYS UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DES DONNÉES**

Un aspect essentiel de cette interrelation est la collecte, la communication et l'utilisation en continu des données cliniques et de gestion. Le Plateau s'engage à mettre en place un système intégré de gestion des données, qui permettra ceci :

- Collecter des données de manière standardisée et systématique, en utilisant des outils et des indicateurs communs.
- Partager ces données de manière sécurisée et confidentielle entre les différentes actions du Plateau et avec les partenaires concernés.
- Analyser ces données de manière rigoureuse et objective, afin d'évaluer l'efficacité des interventions, d'identifier les besoins non satisfaits et de suivre l'évolution des résultats cliniques.
- Utiliser ces données pour éclairer la prise de décision à tous les niveaux, qu'il s'agisse de l'élaboration des plans de traitement individuels, de l'ajustement des pratiques cliniques ou de la planification des services à plus grande échelle.

En favorisant une gouvernance élargie et une gestion proactive des données, le Plateau vise à créer un système de soins plus intégré, plus performant et plus centré sur les besoins des personnes utilisatrices.

# 5. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

## 5.1 INTÉGRATION DU PLATEAU DANS L'OFFRE DE SERVICES EXISTANTE

Le Plateau est une alternative à l'hospitalisation. Il ne vient pas dupliquer ou remplacer les services déjà en place. Il s'inscrit en complémentarité de l'offre de services existante.

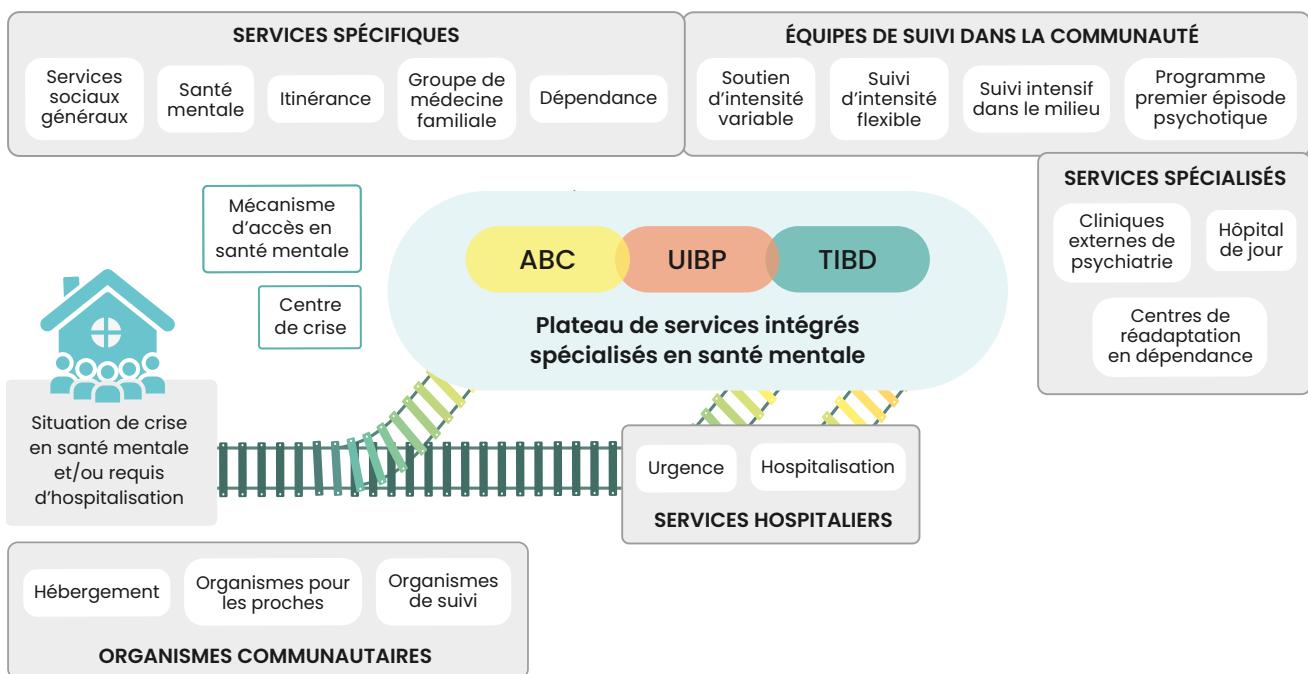


Figure 3. Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale en complémentarité de l'offre de services existante

## **5.2 MODALITÉS D'ACCÈS**

Dans une perspective de complémentarité avec l'offre de services existante, les principaux référents sont les suivants (liste non exhaustive, à adapter localement) :

- Urgences
- Unités d'hospitalisation en psychiatrie
- Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM)
- 811
- Services spécifiques
- Services spécialisés
- Services et soins dans la communauté
- Équipes de liaison en dépendance et centres de réadaptation en dépendance (CRD)
- Centres de crise
- Organismes communautaires

Il est important d'établir des mécanismes de collaboration étroite avec le MASM pour éviter les doublons d'évaluation et assurer une organisation optimale des services. De plus, la collaboration des médecins et des psychiatres est indispensable pour assurer l'efficience des modalités d'accès du Plateau.

Concrètement, les établissements sont invités à :

- simplifier au maximum les modalités d'accès des personnes référentes vers et au sein du Plateau;
- réduire autant que possible les barrières à l'accès;
- cerner les référents potentiels et établir avec ces personnes les mécanismes de collaboration pour assurer toute l'agilité requise en temps réel au moment de la référence;
- accompagner les référents pour la réorientation vers un service approprié lorsque la personne ne peut pas recevoir un des services du Plateau, selon les modalités convenues avec le MASM;
- privilégier la communication verbale entre les équipes partenaires pour simplifier le processus de référence, assurer un transfert personnalisé à la fin d'un épisode de soins et services et veiller à la continuité des soins.

### **5.2.1 Le rôle de contrôle d'accès à l'hospitalisation pour assurer la pleine utilisation des services du Plateau**

Il est essentiel de prévoir le rôle de contrôle d'accès et les responsabilités qui s'y rattachent à l'urgence ou à proximité de celle-ci afin de contrer le réflexe d'envisager l'hospitalisation régulière. En effet, pour réduire efficacement les admissions en centre hospitalier, il est nécessaire de repérer toutes les personnes pouvant être susceptibles de bénéficier du Plateau (17, 23, 27, 42) avant qu'une hospitalisation soit envisagée (8, 17, 27, 31, 39, 41, 43, 44).

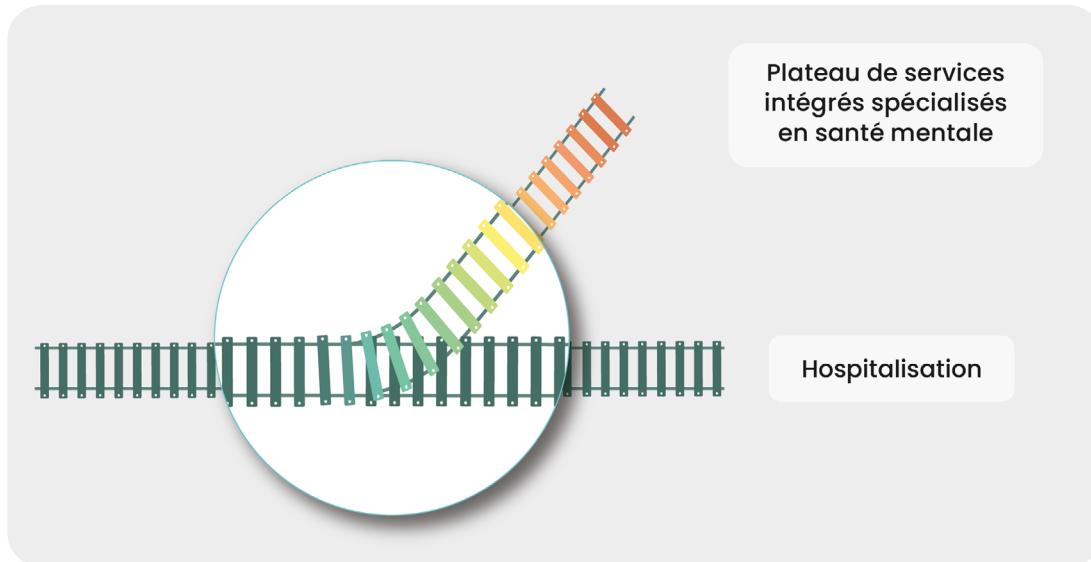


Figure 4. Représentation imagée du rôle de contrôle d'accès à l'hospitalisation

Le contrôle d'accès implique une jonction entre l'urgence et les services du Plateau (ABC, UIBP, TIBD). Portant la vision, la mission et les objectifs du Plateau, la ou les personnes assumant le rôle de contrôle d'accès (*gatekeeper*) repèrent les personnes utilisatrices le plus préocurement possible dans la trajectoire hospitalière et les réfèrent rapidement à l'équipe appropriée.

Responsabilités associées au rôle de contrôle d'accès :

- Dépister proactivement des personnes susceptibles de bénéficier du Plateau;
- Évaluer l'admissibilité préliminaire des personnes repérées;
- Établir un premier contact avec les personnes utilisatrices pouvant bénéficier du Plateau;
- Assurer un arrimage sécuritaire avec l'équipe la plus susceptible de répondre au niveau de besoin des personnes;
- Mettre en place un filet de sécurité, un suivi étroit et un plan de non-réponse avant le départ de l'urgence;
- Assurer la liaison avec le personnel de l'urgence, les services extra-hospitaliers et les partenaires dans la communauté.

Pour mettre en place le rôle de contrôle d'accès, en fonction des effectifs et de l'organisation des services existants, les établissements peuvent notamment :

- impliquer un membre clé de l'équipe de l'urgence (p. ex. : infirmière ou infirmier de liaison, travailleuse ou travailleur social de liaison);
- intégrer un membre d'une équipe du Plateau (souvent en provenance de l'ABC) à même l'urgence.

### **5.2.2 Le cheminement des demandes à l'intérieur du Plateau**

L'arbre décisionnel qui suit est un outil d'aide à la décision conçu pour guider les équipes cliniques dans leur cheminement réflexif afin de diriger les personnes utilisatrices à l'intérieur du Plateau. Il n'est pas garant de l'évaluation de l'admissibilité pour chacune des mesures. Il peut être utilisé pour les situations simples et ne prétend pas répondre aux situations complexes, ou encore couvrir toutes les zones grises.

Bien que le Plateau s'insère en complémentarité de l'offre de services existante ainsi que des ressources de la communauté, l'arbre décisionnel se concentre sur les trois actions structurantes du Plateau, c'est-à-dire l'ABC, le TIBD et l'UIBP. Les services existants du RSSS et du réseau communautaire pourraient ainsi être impliqués à différents moments dans l'arbre décisionnel, selon l'organisation locale des soins de santé et des services sociaux et le jugement clinique du personnel en place.

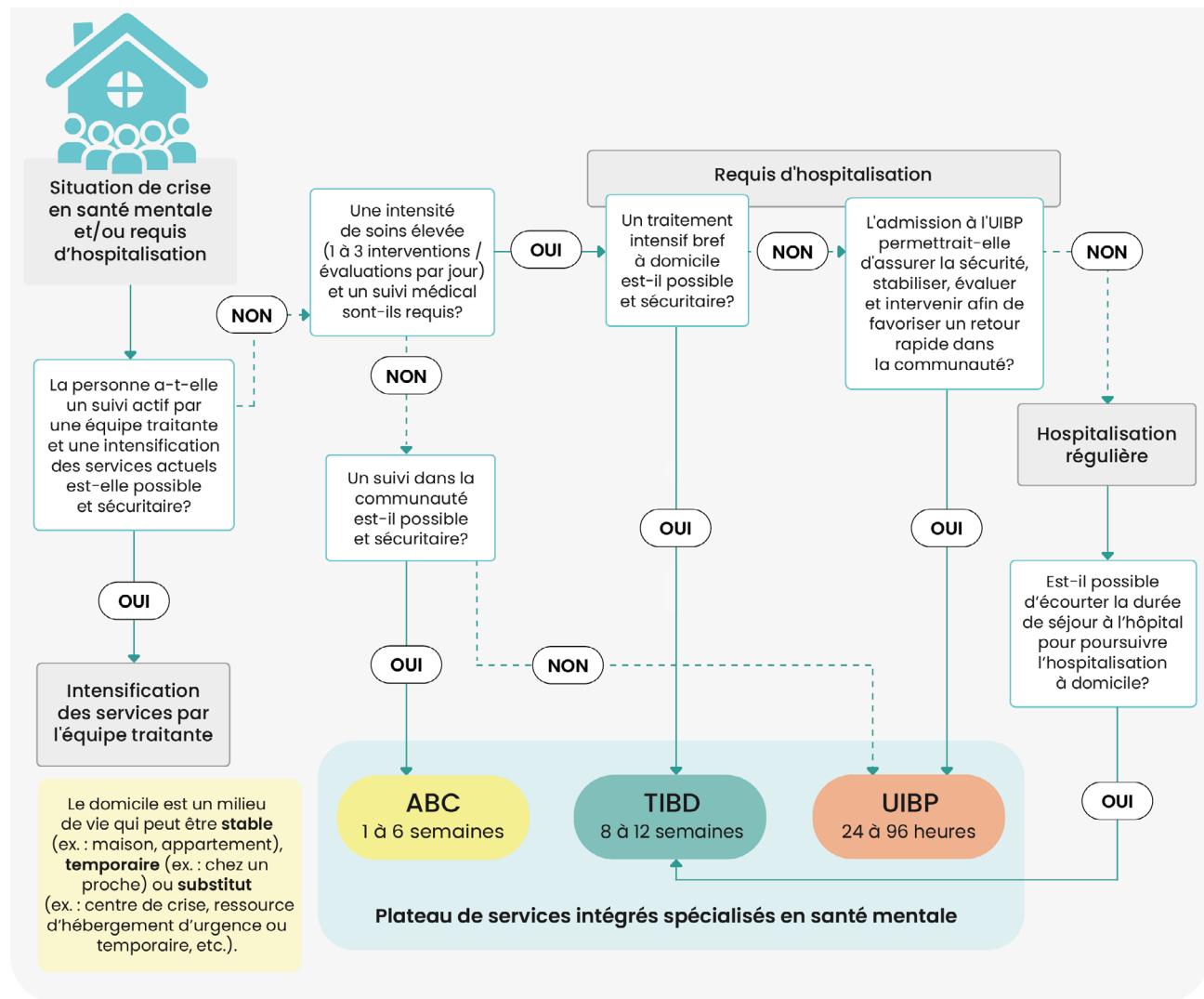


Figure 5. Arbre décisionnel pour le cheminement des demandes à l'intérieur du Plateau

# 6. MODALITÉS CLINIQUES

## 6.1 COMPOSITION DES ÉQUIPES DU PLATEAU DE SERVICE

La taille et la composition des équipes peuvent varier en fonction des besoins populationnels et des ressources investies par les établissements. Un nombre minimal d'équivalents temps complet (ETC) doit néanmoins être respecté pour répondre aux objectifs visés et assurer une prestation sécuritaire de soins et services, le tout en cohérence avec les modèles cliniques et les recommandations proposés dans [les trois guides d'application](#).

La composition de ces équipes est détaillée dans chacun [des guides d'application](#). Selon les réalités locales, certaines ressources pourraient être mises en commun entre les équipes pour partager certaines responsabilités. En tout temps, il est essentiel de mettre en place des mécanismes permettant une concertation clinique efficace entre les équipes du Plateau (tel qu'énoncé à la [section 4.3](#)).

Les expertises représentées au sein du Plateau couvrent un large spectre, dont les sciences médicales, infirmières, psychosociales, de réadaptation et pharmaceutiques. De plus, l'intégration de paires aidantes et pairs aidants aux équipes permet de susciter l'espoir et favorise l'adoption de comportements non stigmatisants ([45, 46](#)). Ces membres du personnel, qui s'appuient sur leur vécu et leur savoir expérientiel, apportent un regard complémentaire et sont une source d'espoir dans le rétablissement des personnes. Leur présence inspire confiance et renforce l'approche globale des soins. Cette diversité d'expertises, combinant connaissances professionnelles et expérientielles, permet une approche holistique des soins et services en santé mentale, adaptée aux besoins des personnes accompagnées.

## 6.2 PRATIQUES COLLABORATIVES

Étant donné la complexité des situations vécues par les personnes utilisatrices de services, qui impliquent le plus souvent des facteurs biopsychosociaux, l'apport des disciplines médicales, infirmières et psychosociales est nécessaire pour intervenir sur l'ensemble des facteurs influençant la situation vécue ([8, 39, 40, 45, 46](#)). De même, les savoirs expérientiels des personnes et de leurs proches doivent être intégrés au même titre que les savoirs des membres de l'équipe clinique. Leur participation favorise une autodétermination sur leur santé et leur mieux-être, les décisions qui les concernent ainsi que sur les soins et les services qui leur sont destinés. Il est donc important de mettre de l'avant des pratiques collaboratives tant à l'intérieur d'une même équipe, avec les autres équipes du Plateau et également avec les autres partenaires existants. Le tout afin d'assurer l'interrelation entre les quatre piliers : la personne, ses proches, les membres de l'équipe et les partenaires.

La collaboration interprofessionnelle est définie comme un « processus par lequel des [intervenantes et des intervenants] de différentes disciplines de santé et de services sociaux développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et des communautés » (47). La forme que prend cette collaboration varie en fonction des besoins des personnes utilisatrices desservies et de leurs proches.

DISTINCTIONS ENTRE DIFFÉRENTES PRATIQUES COLLABORATIVES (48)	
<b>Multidisciplinarité</b>	Chaque membre du personnel maintient son rôle disciplinaire dans l'équipe pour répondre à un objectif spécifique à sa discipline et les expertises de chacun s'additionnent.
<b>Interdisciplinarité</b>	Les rôles disciplinaires sont maintenus au sein de ces équipes, mais l'action est coordonnée vers l'atteinte d'objectifs communs qui lient les disciplines entre elles.
<b>Transdisciplinarité</b>	Il n'est pas possible de reconnaître les différentes disciplines dans l'équipe, du fait qu'elles sont intégrées et transcendées par le cadre conceptuel transdisciplinaire.

Tableau 2. Distinctions entre différentes pratiques collaboratives

En général, la forme de collaboration interprofessionnelle et d'intégration des savoirs et des disciplines dans les services du Plateau tend vers la **transdisciplinarité** :

*Les professionnelles [et les professionnels] transcendent les frontières de leur discipline respective en partageant entre elles [et eux] leurs champs de compétence (49, 52). En effet, elles [et ils] se dégagent de leurs rôles stéréotypés et du langage spécifique à leur discipline de manière à transmettre l'expertise de l'ensemble de l'équipe à travers leurs interventions (53). À l'exception des activités professionnelles, leur pratique clinique devient indifférenciée et interchangeable (54, 56). Qui plus est, la prise de décision est partagée avec les autres membres de l'équipe transdisciplinaire, incluant les [personnes utilisatrices et leurs proches], afin de générer des solutions intégrant des perspectives variées (53).*

Une pratique de soins et de services partagés implique d'élaborer une vision concertée entre les membres de l'équipe ainsi que la personne et ses proches afin de déterminer en commun des objectifs et des actions pour les atteindre. Une forte confiance mutuelle entre les membres de l'équipe est nécessaire pour arriver à ce niveau de collaboration (47). Concrètement, les rencontres interdisciplinaires, les interventions conjointes et les suivis partagés sont favorisés dans le fonctionnement quotidien des équipes cliniques.

La littérature met en évidence des facilitateurs et des obstacles à la mise en œuvre de la transdisciplinarité (48) en cohérence avec ce qui est mis de l'avant pour faire vivre l'interrelation entre les actions du Plateau.

	INDIVIDUELS	ORGANISATIONNELS
<b>Facilitateurs</b>	Communication efficace et fréquente	Haut degré de soutien institutionnel
	Confiance mutuelle et humilité	Leadership unificateur
	Vision commune des interventions	Formation continue transdisciplinaire
<b>Obstacles</b>	Mentalité en silo professionnel	Manque de ressources
		Cadre réglementaire

Tableau 3. Facilitateurs et obstacles individuels et organisationnels à la transdisciplinarité

Il est important d'ajouter à cela l'expertise des partenaires, pilier du Plateau. La collaboration entre les parties prenantes de différents services, internes ou externes à l'établissement, permet de mettre en commun leurs ressources afin d'agir sur une situation complexe pour une réponse complémentaire et globale aux besoins (57), en partenariat avec la personne utilisatrice et ses proches. Par exemple, elle pourrait impliquer deux services du Plateau ou encore un service du Plateau avec une équipe en dépendance, une équipe de services spécifiques en centre local de services communautaires (CLSC) ou de services spécialisés en clinique externe, un centre de crise, un organisme communautaire, etc. Les modalités de collaboration et l'intensité des interactions entre les membres d'équipes cliniques distinctes devraient être en cohérence avec les besoins des personnes desservies. Cela peut varier de l'échange d'informations à la concertation jusqu'à une forme de collaboration plus étroite, selon la situation. Ainsi, l'établissement de trajectoires de collaboration formalisée avec les principaux partenaires du RSSS et du milieu communautaire est à développer pour chacun des services du Plateau.

## **6.3 GESTION POSITIVE DU RISQUE**

Dans les pratiques cliniques, le personnel œuvrant en santé mentale peut, pour divers motifs, privilégier le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation en présence d'éléments de risque (p. ex. : suicidaire, désorganisation, agitation). Le Plateau vise à fournir une alternative à cette gestion du risque en mettant en place des moyens structurants pour assurer la sécurité de la personne en la maintenant autant que possible dans la communauté. La gestion positive du risque s'applique dans les cas de risque faible à grave, mais non imminent<sup>3</sup>. Elle repose sur des stratégies d'intervention modulées en fréquence et en intensité et implique activement la personne, de même que son réseau de soutien. En cohérence avec une approche axée sur le rétablissement, la gestion positive du risque mise sur les forces de la personne et l'augmentation des facteurs de protection (58-60).

La gestion positive du risque s'appuie sur la construction d'une relation de confiance entre la personne, ses proches et le personnel clinique. Cette relation installe un filet de sécurité évolutif et dynamique, dans le respect des besoins de chacune et chacun. La collaboration ainsi que la transparence y sont centrales, tant pour résorber la crise, prévenir la rechute, encourager l'expression des émotions et normaliser les préoccupations face aux défis du quotidien.

La gestion positive du risque implique de :

### **6.3.1 Repérer et estimer le risque**

À l'aide d'outils d'aide à la décision standardisés, il s'agit de repérer et d'estimer les risques, notamment suicidaire, hétéroagressif et homicidaire. Le risque peut être estimé grâce à l'évaluation de l'imminence du passage à l'acte et de la dangerosité de la situation<sup>4</sup>. Pour ce faire, il importe de relever les facteurs de risque et de protection ainsi que les moments critiques. En tout temps, le jugement clinique du personnel doit être mobilisé.

---

3. Dans les cas de risque grave et imminent, le recours à l'urgence est toujours de mise.

4. Il existe des outils recommandés (selon les bonnes pratiques) et des formations nécessaires à leur bonne utilisation. Voir formation et outil de repérage suicide, formation et outil d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire et formation sur le risque d'homicide sur le site de l'[Environnement numérique d'apprentissage \(ENA\) provincial](#).

### **6.3.2 Gérer le risque**

Il importe de mettre en place des mesures de protection permettant la minimisation du risque de passage à l'acte. Cela implique des interventions et des communications régulières auprès de la personne et de ses proches. Ces contacts peuvent prendre différentes formes et varier en durée et en fréquence (p. ex. : rencontres en personne, visites à domicile, appels téléphoniques, messages textes<sup>5</sup>). Ils permettent de renforcer le filet de sécurité et d'augmenter les facteurs de protection, en collaboration avec les proches, les centres de crise, les centres de prévention du suicide, ainsi que les autres services impliqués.

Le suivi étroit est une modalité clinique visant à encadrer la personne qui présente ou qui a présenté un danger grave de passage à l'acte (57). Il consiste à mettre en place un suivi rapide et intensif afin de prévenir un geste suicidaire, de diminuer la détresse psychologique et d'offrir une intervention adaptée. Il mise également sur le maintien du lien avec l'entourage et sur la continuité des soins et des services. Il est important de mentionner que le suivi étroit n'est pas exclusif au Plateau. Toutes les équipes doivent être en mesure de l'offrir lorsque requis. De plus, les établissements peuvent s'inspirer de cette pratique pour la prévention de comportements hétéroagressifs.

Les principaux outils de gestion du risque utilisés au niveau du Plateau sont présentés ci-dessous :

- Le **plan de non-réponse** consiste en une entente entre la personne utilisatrice et le personnel clinique. Il vise à définir les actions à déployer en cas d'absence à un rendez-vous ou à tout autre contact planifié. Il inclut les proches à joindre et les modalités en cas de non-réponse, par exemple, appeler une ou un proche, se présenter au domicile ou joindre les services d'urgence.
- Le **plan de crise conjoint** est une forme de directives anticipées basée sur le rétablissement de la personne. Semblable au plan de sécurité ou au plan de prévention de la rechute, il met l'accent sur l'identification des éléments déclencheurs, des forces, des stratégies d'adaptation et des ressources d'aide. Il est établi en collaboration avec la personne et ses proches ainsi que les partenaires communautaires et permet d'agir en prévention, durant et après la crise. Une formation gratuite sur son utilisation est recommandée ([Plan de crise conjoint](#)).

### **6.3.3 Suivre et évaluer en continu le risque**

Un volet important dans le cadre de la gestion positive du risque est l'échange d'information entre les membres de l'équipe. Il est important que le personnel clinique se parle quotidiennement et que les outils soient révisés et mis à jour en continu. Il s'agit d'effectuer un suivi régulier et une estimation du risque en continu. Les stratégies et les outils (plan de non-réponse, plan de crise conjoint, suivi étroit) mis en place doivent être révisés afin d'être en adéquation avec le cheminement de la personne et le niveau de risque (58). La fréquence et l'intensité des contacts doivent aussi être ajustées au fil du suivi.

---

5. Les messages textes doivent rester exceptionnels et être utilisés principalement à confirmer des informations factuelles, comme l'heure de départ d'une intervenante ou d'un intervenant. Un message automatique doit être configuré sur le cellulaire, précisant qu'il ne doit pas être utilisé en cas d'urgence (ce qui inclut l'usage de la messagerie texte) et indiquant les ressources appropriées dans ces situations. Nous vous invitons à consulter [les guides d'application](#) où l'utilisation du cellulaire s'applique pour obtenir des précisions supplémentaires.

## **6.4 CONSIDÉRER, INTÉGRER ET OUTILLER LES PROCHES**

Il est particulièrement important de réaffirmer l'engagement envers les proches, surtout lorsque le milieu de vie où se déroule l'intervention est partagé. Le [Guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale](#) (61) est un outil incontournable pour les gestionnaires et le personnel. Il permet d'assurer une implication optimale des proches dans le parcours de soins services du Plateau.

### **6.4.1 Considérer**

Les équipes cliniques, avec la collaboration de la personne utilisatrice de services, vont ainsi identifier les proches significatifs. L'équipe clinique agit avec proactivité et bienveillance à leur égard, les guidant dans la nature du soutien qu'ils et elles souhaitent apporter à la personne accompagnée. Ceci se fait dans le respect de leurs disponibilités et de leurs limites, en fonction du consentement de la personne utilisatrice de services. En l'absence de consentement spontané de la personne, l'application du processus de décision partagée pour l'implication des proches (61) est recommandée. À la suite de l'application de ce processus, si la personne maintient son refus d'impliquer une ou un proche, il importe de garder en tête qu'il demeure essentiel de considérer les proches. Ainsi, un membre de l'équipe peut en tout temps écouter les proches, recevoir de l'information, les rassurer, les soutenir, effectuer une référence systématique à un organisme de soutien leur étant destiné ou leur offrir des services dans l'établissement (61). Le consentement est un processus continu; il peut évoluer avec la situation. Il importe donc de le réviser périodiquement.

Les proches peuvent ressentir de l'épuisement, du stress et de la culpabilité. Il est important de porter attention à leurs besoins, de leur permettre de verbaliser leur vécu et de valoriser le soutien apporté avant, pendant et après la période d'instabilité de la personne. Ainsi, la mise en place des services permet aux proches de reprendre leurs autres rôles sociaux.

### **6.4.2 Intégrer**

En respect de leur volonté et de leur disponibilité, les proches peuvent jouer un rôle d'accompagnement de la personne aidée et de partenaire de l'équipe de soins. Leur connaissance de la personne ayant un trouble de santé mentale et de la situation peut contribuer à l'élaboration de plans de soins, d'intervention et de prévention des rechutes. Il est important de souligner que la responsabilité de la sécurité incombe à l'établissement et que le personnel clinique est tenu de respecter les lois et normes en vigueur. Les proches peuvent jouer un rôle complémentaire dans le plan d'intervention, mais il ne faut pas les considérer comme un substitut aux mesures de sécurité mises en place. L'équipe doit établir des protocoles clairs définissant les rôles et les limites de l'implication des proches, et veiller à ce que cette participation contribue positivement au bien-être et à la sécurité de la personne. La ou le proche doit tout de même demeurer un parent, une sœur, une conjointe ou un conjoint (etc.), sans endosser un rôle de soins. Il est de la responsabilité de l'équipe d'agir avec proactivité et bienveillance à l'égard des proches et de les guider dans la nature du soutien à apporter à la personne accompagnée.

#### **6.4.3 Outiller**

Le soutien et l'enseignement aux proches revêtent une importance centrale dans l'intervention des équipes cliniques. Il s'agit de favoriser leur autonomie, leur sentiment de compétence dans l'accompagnement de la personne et de leur permettre de composer avec des situations parfois imprévisibles. Les relations entre la personne et ses proches peuvent avoir été mises à l'épreuve à divers degrés dans la période précédant l'entrée dans les services. L'équipe devra soutenir les proches dans l'élaboration de stratégies adaptées, favorables à la reprise ou au maintien des liens avec la personne accompagnée, dans le respect de leurs capacités et de leur volonté.

Les équipes cliniques peuvent notamment réaliser des interventions individuelles ou de groupe auprès de la personne et ses proches afin de résoudre certains conflits, de renforcer leurs habiletés de soutien et d'identifier des stratégies. Cela permet aux proches de mieux s'adapter à la situation de la personne et d'occuper auprès d'elle le rôle souhaité. Les équipes collaborent également avec les ressources communautaires appropriées pour répondre aux besoins des proches (information, entraide, soutien professionnel, formations, accompagnement, répit). Ceci est d'autant plus pertinent que les services du Plateau revêtent un caractère transitoire. La présentation et l'accompagnement vers les ressources disponibles dans la communauté, dont les associations membres de Cap Santé mentale, font partie intégrante de l'enseignement proposé aux proches.

Par ailleurs, l'intégration d'une personne vouée à la pair-aidance famille au sein des équipes peut être une manière de favoriser une meilleure compréhension du vécu et des besoins des proches. Cela encourage leur implication et leur garantit un meilleur soutien par le partage du savoir expérientiel. En cela, la paire aidante ou le pair aidant famille est complémentaire aux autres membres de l'équipe.

### **6.5 APPROCHE INTÉGRÉE SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE**

Les personnes vivant avec un trouble de santé mentale et une dépendance représentent une grande majorité de la clientèle du Plateau. **Ces troubles ne constituent en rien un critère d'exclusion pour accéder aux services du Plateau.**

Au Québec, il y aurait entre 150 000 et 200 000 adultes présentant des troubles de santé mentale dits graves. Parmi cette population, entre 100 000 et 133 000 adultes, soit les deux tiers, seraient également aux prises avec un problème d'usage de substances psychoactives ([62](#)).

Selon le relevé de littérature ([63](#)), les données probantes indiquent des liens étroits entre les troubles psychiatriques, les troubles psychologiques et l'abus de substances. De plus, la combinaison de ces troubles suppose des risques élevés de rechutes psychiatriques, des comportements violents et suicidaires, une observance réduite à la médication et une utilisation élevée des services d'urgence et d'hospitalisation.

Les troubles concomitants doivent être considérés comme une problématique à part entière et non comme une simple addition de deux problématiques distinctes. Aussi, vivre un trouble de santé mentale et consommer des substances psychoactives ne devrait pas être source de stigmatisation ([64](#)). Cela doit plutôt être perçu comme un risque élevé nécessitant une offre de services intégrés, soutenue par une collaboration fluide et coordonnée entre professions et secteurs. Il importe donc de développer les capacités collectives à repérer, évaluer et traiter les troubles concomitants afin d'éviter un aller-retour entre les services ([65](#)).

Pour ce faire, il est essentiel de mettre en œuvre les orientations suivantes.

### **6.5.1 Une coordination et une collaboration formalisées entre les secteurs santé mentale et dépendance**

Il est essentiel que le Plateau mette en place des mécanismes de coordination formalisés et documentés entre les services de santé mentale, de dépendance et les autres services associés aux troubles concomitants, notamment les :

- équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence;
- centres de réadaptation en dépendance.

Les responsabilités de chaque partie prenante ainsi que les interactions nécessaires pour une prise en charge cohérente et efficace doivent être clairement définies. Cette approche doit favoriser une collaboration interdisciplinaire et garantir des soins et services intégrés.

### **6.5.2 Une évaluation globale des besoins**

Le Plateau met en place des processus pour assurer la détection, le dépistage et l'évaluation des troubles liés à l'usage de substances à l'aide des outils cliniques reconnus et standardisés, notamment le [DÉBA](#). Les équipes du Plateau prennent en compte les symptômes actuels et sont en mesure d'offrir des services aux personnes présentant des troubles liés à la consommation de substances d'intensité faible à modérée afin de les accompagner efficacement vers leur rétablissement.

### **6.5.3 Un traitement et une approche intégrée et personnalisée**

Les plans d'intervention doivent inclure des objectifs clairs en matière de dépendance lorsque ce trouble est détecté. Les équipes devront privilégier des approches intégratives qui impliquent l'utilisation de l'entretien motivationnel, des techniques cognitivo-comportementales et des principes de réduction des méfaits. Ces approches doivent être adaptées à chaque personne et utilisées en complément d'un suivi du rétablissement, visant à améliorer l'autonomie et le bien-être. La co-intervention par les équipes du Plateau et les services en dépendance est mise en place, lorsque requis. Des pistes d'intervention sont présentées à l'[annexe 2](#).

#### **6.5.4 Des équipes cliniques formées en dépendance**

Afin de garantir une prise en charge de qualité, le Plateau doit veiller à ce que son personnel clinique reçoive une formation continue et spécialisée quant aux troubles concomitants, incluant le repérage de l'utilisation de substances psychoactives, la détection des signes et symptômes, les bonnes attitudes à adopter ainsi que les modalités d'orientation des personnes utilisatrices de services vers les services appropriés. Le personnel doit être formé aux approches spécifiques aux troubles concomitants et à l'évaluation des risques de sevrage. La formation en entretien motivationnel et en réduction des méfaits est également un élément important pour l'accompagnement des personnes, garantissant une approche respectueuse de leurs choix. Les cibles suivantes devraient être envisagées :

- de 25 % à 50 % du personnel clinique du Plateau reçoit la ou les formations avancées pertinentes à son mandat (interventions et traitements spécifiques en troubles concomitants, évaluation du risque de sevrage) ([62](#));
- de 25 à 50 % du personnel clinique du Plateau est formé en entretien motivationnel et en réduction des méfaits.

### **6.6 APPROCHE INTÉGRÉE SANTÉ MENTALE ET ITINÉRANCE**

Selon un rapport de 2022 du [dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible](#) ([66](#)), 57 % des personnes rapportent avoir au moins un trouble de santé mentale. L'anxiété est le problème de santé mentale le plus fréquemment rapporté (75 %), suivie de la dépression (64 %) et du syndrome de stress post-traumatique (42 %). Il est à noter que la prévalence du trouble psychotique et/ou de la schizophrénie atteint 24 %. Il est ainsi probable que des personnes en situation d'itinérance puissent bénéficier des services du Plateau.

Le fait que la majeure partie des interventions au sein du Plateau soient réalisées dans le milieu de vie peut amener les équipes à exclure d'emblée les personnes en situation d'itinérance. Toutefois, considérant que le milieu de vie peut être **temporaire** ou **substitut**, il importe de considérer ces options pour être en mesure d'offrir les services. Cette flexibilité permet de démocratiser l'accès aux soins et services du Plateau, en s'assurant que la personne accepte d'être hébergée pour la durée de l'épisode de soins et services.

Il est possible que l'état d'une personne en situation d'itinérance suscite un sentiment d'urgence, d'impuissance ou de découragement chez le personnel clinique. Toutefois, il importe de saisir les occasions qui se présentent afin d'offrir à la personne les soins et services requis. Cela inclut l'analyse globale des besoins biopsychosociaux, dont les dimensions résidentielle et économique. Des pistes d'intervention sont présentées à l'[annexe 3](#).

# 7. MODALITÉS POUR LES MILIEUX À FAIBLE DENSITÉ DE POPULATION

Un établissement en milieu non urbain fait référence, dans ce document, à un établissement situé dans un territoire à faible densité de population, aussi dénommé région rurale. Ces milieux, souvent éloignés des centres urbains, présentent des défis particuliers en matière d'accessibilité et de prestation de services. De même, le déploiement du Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale dans ces milieux soulève des défis particuliers :

Étendue du territoire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Temps de déplacement</li><li>• Sécurité des personnes utilisatrices et du personnel</li><li>• Praticabilité des routes</li><li>• Couverture des réseaux de communication</li></ul>
Confidentialité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suivi dans la communauté qui ne passe pas inaperçu</li></ul>
Enjeux de ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rareté générale du personnel qualifié</li><li>• Problématiques spécifiques de recrutement, rétention et formation continue des professionnelles et professionnels de santé</li><li>• Disponibilité limitée des psychiatres</li><li>• Accès au soutien clinique pour les équipes</li></ul>

Tableau 4. Défis rencontrés dans les milieux à faible densité de population

Les recommandations suivantes, élaborées en coconstruction avec un comité formé de parties prenantes des régions non urbaines du Québec, doivent être adaptées aux réalités locales tout en favorisant le respect des modèles cliniques mis de l'avant dans [les guides d'application](#). Pour répondre efficacement aux défis des milieux non urbains, il est essentiel d'adopter une approche stratégique et flexible dans le déploiement du Plateau.

## 7.1 DÉLIMITATION DES ZONES DE COUVERTURE

Il est recommandé de définir des secteurs d'intervention pouvant être couverts de manière sécuritaire et efficace. Le temps de déplacement optimal devrait être déterminé en fonction de plusieurs facteurs, notamment le portrait clinique des personnes, les conditions géographiques locales et les ressources disponibles. L'objectif est d'établir des limites de couverture qui permettent une réponse rapide et appropriée en cas d'imprévu, tout en assurant la sécurité du personnel et des personnes utilisatrices de services. Cette approche flexible tient compte des particularités de chaque situation et de chaque région, permettant ainsi une prestation de services adaptée aux réalités du milieu non urbain.

## **7.2 AJUSTEMENT DE LA CHARGE DE TRAVAIL**

Le nombre de personnes utilisatrices en suivi par équipe devrait être revu à la baisse en fonction des réalités régionales spécifiques, tenant compte des distances à parcourir, de la densité de population et d'autres particularités locales. Cette flexibilité assure une prestation de services de qualité et équitable.

## **7.3 ATTRIBUTION DES DOSSIERS EN FONCTION DE L'EMPLACEMENT GÉOGRAPHIQUE**

Il est recommandé d'attribuer à chaque membre de l'équipe clinique un groupe de personnes utilisatrices situées à proximité les unes des autres. Cette approche de répartition des dossiers permet d'optimiser les déplacements et d'améliorer l'efficacité des services offerts en milieu rural. De plus, la répartition des visites à domicile peut être organisée en fonction de la proximité géographique des membres de l'équipe avec les personnes suivies. Une souplesse dans le choix des lieux de rencontre est suggérée pour minimiser la stigmatisation et faciliter l'accès aux services. Cette approche permet de s'adapter aux préférences et aux contraintes des personnes utilisatrices en milieu rural.

## **7.4 SOLUTIONS TECHNOLOGIQUES**

L'utilisation de solutions technologiques, y compris les téléphones satellites, peut assurer la connectivité dans les zones mal desservies. Ces solutions représentent des voies à considérer pour l'organisation du travail en milieu rural.

## **7.5 TÉLÉSANTÉ ET CONSULTATIONS À DISTANCE**

Ces options devraient être utilisées avec parcimonie, principalement lorsque la personne est dans un état clinique stable. En effet, la télésanté peut compléter les services offerts en personne, mais ne doit pas être considérée comme la solution principale aux enjeux de couverture territoriale. Pour une utilisation appropriée et efficace, il est recommandé de se référer aux [guides d'application des actions](#), qui fournissent des balises quant à son utilisation dans le contexte des soins de santé mentale.

## **7.6 VISITES À DOMICILE**

Dans certains cas, notamment en raison des distances à parcourir et de l'isolement potentiel, les visites à domicile en dyade sont plus fréquemment recommandées qu'en milieu urbain. Cette approche permet d'améliorer la sécurité du personnel et d'offrir un soutien optimal aux personnes utilisatrices dans le contexte particulier des zones non urbaines. La collaboration avec d'autres services et organismes qui œuvrent dans la communauté est à considérer pour permettre la mise en place de filets de sécurité, intensifier le nombre de visites et offrir une réponse rapide en cas d'urgence.

## **7.7 ÉQUIPES INTÉGRÉES**

La mise en place d'équipes intégrées (comme l'ajout de membres cliniques ABC à une équipe existante telle que le MASM) dans les zones non urbaines vise à améliorer la couverture et la cohérence des services. Ces équipes, composées d'intervenantes et d'intervenants de divers services, travaillent en étroite collaboration pour offrir des soins coordonnés et complémentaires. Cette approche assure une continuité des services et un suivi global des personnes, répondant ainsi de manière plus efficace aux besoins de la population. Ces équipes doivent être en mesure de collaborer étroitement et de se prêter main-forte au besoin, assurant ainsi une flexibilité et une réactivité optimales dans la prestation des soins.

## **7.8 PARTENARIATS ET COLLABORATION**

Le renforcement des partenariats avec les services existants est essentiel pour optimiser la prestation de soins en santé mentale dans les milieux ruraux. Cette approche collaborative vise à créer un réseau de soutien intégré, permettant une utilisation plus efficace des ressources disponibles et assurant une meilleure continuité des soins pour les personnes. Elle favorise également une couverture territoriale élargie, facilite l'échange d'informations critiques et permet des interventions coordonnées, rapides et efficaces.

Il est recommandé de miser sur la collaboration avec les acteurs locaux, tels que les services d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), les mécanismes d'accès, les services d'intervention de crise, la Sûreté du Québec et les organismes communautaires. Ces partenariats améliorent le filet de sécurité et la prise en charge des personnes plus éloignées géographiquement. Ils renforcent la sécurité des personnes utilisatrices et du personnel, tout en augmentant la réactivité en cas de difficulté.

## 8. PRATIQUES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale adulte prend en compte les principes de la *Loi sur le développement durable* (RLRQ, c. D-8.1.1) dans son élaboration et sa mise en œuvre. La responsabilité sociale et environnementale est incontournable pour assurer un avenir durable et prospère aux futures générations. La collaboration et la participation de chacun et chacune sont donc essentielles pour intégrer avec discernement les principes suivants (67) dans le travail quotidien :

- Santé et qualité de vie
- Équité et solidarité sociale
- Protection de l'environnement
- Efficacité économique
- Participation et engagement
- Accès au savoir
- Subsidiarité
- Partenariat et coopération intergouvernementale
- Prévention
- Précaution
- Production et consommation responsable
- Internationalisation des coûts

La qualité et la sécurité des soins et services ne doivent en aucun cas être compromises par l'application stricte de ces principes. Une approche équilibrée est essentielle pour en favoriser l'intégration harmonieuse. À cet effet, un tableau en [annexe 4](#) présente comment le Plateau peut y parvenir.

Ces principes visent à renforcer le Plateau en tant qu'entité responsable. Leur prise en compte incite les établissements et leurs partenaires à davantage considérer les enjeux environnementaux, sociaux et économiques de leurs actions et prises de décision avant, pendant et après leur mise en œuvre. D'une part, cette approche repose sur l'écoute des diverses communautés composant la population des territoires desservis. D'autre part, elle s'appuie sur l'optimisation des processus de gestion des espaces, des déplacements et des ressources humaines, matérielles et financières, assurant ainsi la pérennité du projet. Cela vient soutenir une offre de services accessible et simplifiée, répondant aux besoins inhérents et intergénérationnels pour agir en prévention auprès de la population. L'engagement durable se traduit par la valorisation des compétences écologiques au sein des équipes. La promotion de services écoresponsables et l'adoption de pratiques quotidiennes respectueuses de l'environnement permettent de minimiser l'impact écologique des opérations.

# 9. SUIVI DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE

Le suivi de la qualité ne se limite pas à des données administratives; il requiert une attention particulière aux résultats cliniques concrets. Le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale adopte un modèle dynamique et évolutif, basé sur un système de santé apprenant, s'adaptant aux retours d'expérience et aux résultats des expérimentations menées au sein des établissements (5). Ce système repose sur la combinaison d'ingrédients essentiels que sont les piliers du Plateau, tels que l'expérience des personnes utilisatrices et de leurs proches, la pratique quotidienne des équipes cliniques et la collaboration avec les partenaires. S'ajoute à cela le suivi de l'évolution de la recherche et des meilleures pratiques. La synergie entre ces éléments permet d'améliorer continuellement la qualité des soins offerts, créant ainsi un cercle d'amélioration continue dans le domaine de la santé mentale.

L'amélioration continue implique toutes les parties prenantes, y compris les personnes utilisatrices de services et leurs proches, dans une révision constante des processus et des pratiques cliniques. Son objectif est d'assurer l'efficience et l'harmonisation, en éliminant les obstacles et en réévaluant les méthodes inefficaces. Cette approche permet aux équipes cliniques et à leurs gestionnaires d'identifier leurs forces et leurs besoins d'amélioration (68).

## 9.1 EXPÉRIENCE PERSONNE UTILISATRICE DE SERVICES

L'expérience de soins en santé et services sociaux réfère à la perception unique de chaque personne, englobant des aspects comme la satisfaction, l'accessibilité et la continuité des services reçus (69, 70). Elle est reconnue comme un élément fondamental de la qualité des soins : une expérience positive est associée à une meilleure adhésion au traitement, à des résultats cliniques améliorés et à une utilisation optimisée des services (71). Pour apprécier et améliorer cette expérience, des sondages spécifiques sont menés, contribuant à soutenir le personnel clinique et les gestionnaires à promouvoir une culture centrée sur la personne. Ces appréciations s'avèrent des outils précieux pour renforcer la qualité des soins et services et les adapter aux besoins des personnes.

## 9.2 EXPÉRIENCE PROCHE

Les proches étant un des piliers du Plateau, la collecte de leur expérience est cruciale, afin de procéder aux ajustements et aux améliorations nécessaires pour assurer leur pleine intégration. En intégrant leurs perspectives, le Plateau peut développer des modalités de soutien plus complètes et efficaces, tout en assurant une meilleure continuité entre les soins cliniques et l'environnement de la personne. Cette approche permet de prévenir l'épuisement des proches, mais aussi d'obtenir des informations précieuses sur le fonctionnement quotidien de la personne utilisatrice de services. Sur le plan de la recherche, cette expérience ouvre de nouvelles voies d'exploration, notamment en lien avec les conséquences de la maladie sur l'entourage et l'efficacité des interventions.

### **9.3 EXPÉRIENCE MEMBRE DES ÉQUIPES DU PLATEAU**

Le Plateau ne pouvant exister sans son personnel, l'intégration de l'expérience du personnel est incontournable pour optimiser les processus, favoriser l'innovation et créer un environnement de travail épanouissant. Documenter l'expérience des employées et employés est un des moyens favorisant la sécurité physique et psychologique de tout le monde (72). Cette approche améliore la qualité des services offerts et contribue à la recherche en santé mentale appuyée par des données issues du terrain. Elle permet de recenser les défis rencontrés par l'équipe, de trouver des solutions et ainsi de contribuer à la rétention du personnel. Elle met également en évidence les besoins, notamment pour adapter l'encadrement clinique proposé. L'autonomie professionnelle et la latitude décisionnelle sont des éléments pertinents à considérer dans la collecte de la rétroaction.

### **9.4 EXPÉRIENCE PARTENAIRE**

Dans le cadre du système apprenant du Plateau, la collecte de données mesurant l'expérience partenaire est essentielle pour améliorer la continuité des services et la collaboration entre les différentes équipes. Les partenaires, tant du RSSS que du milieu communautaire, notamment les centres de crise, les urgences, les mécanismes d'accès et les organismes communautaires, apportent des perspectives différentes sur le parcours des personnes utilisatrices de services. En intégrant leurs retours d'expérience, le Plateau se donne la possibilité d'optimiser la qualité des soins et services, d'améliorer la fluidité dans les trajectoires et de renforcer la confiance entre les parties prenantes du système de santé. La création d'espaces de dialogue et le partage d'expertises et d'expériences favorisent également l'échange d'informations et la coconstruction de solutions.

### **9.5 REDDITION DE COMPTES**

Dans une optique d'amélioration continue, il est essentiel de mettre en place des indicateurs standardisés pour mesurer et évaluer la qualité et l'efficience des soins et des services offerts (68). Il est attendu que les établissements de santé produisent des redditions de comptes et s'assurent de mettre en place les solutions technologiques appropriées pour ce faire. Les données collectées permettent d'évaluer l'efficience des ressources allouées et d'en assurer l'utilisation optimale pour répondre aux besoins de la population selon l'offre de services du Plateau. Cette démarche permet d'en suivre l'évolution et de planifier les ajustements nécessaires. La liste des indicateurs Plateau collectés à ce jour comprend :

- le nombre de références reçues;
- le nombre d'épisodes de services débutés;
- le nombre de personnes différentes ayant reçu des services;
- la provenance des références;
- le délai moyen d'accès;
- la durée moyenne de suivi;
- le type de diagnostics.

Actuellement, la mise en place d'un système apprenant rapide se présente comme une solution permettant d'assurer la pérennité, la continuité et l'amélioration continue (5) du Plateau. Ce modèle, qui permet l'intégration clinique de la recherche, est en cohérence avec ce qui a été énoncé précédemment, soit la collecte de tous les types d'expérience et la possibilité d'animer et de faire vivre une communauté de pratique. Il peut contribuer à harmoniser davantage les pratiques et à garantir un niveau de qualité uniforme à travers le RSSS. Cette démarche s'inscrit dans la continuité des efforts d'amélioration continue et complétera les mécanismes de reddition de comptes existants grâce à des critères clairs et mesurables d'évaluation de la qualité des services. De nouveaux indicateurs portant sur l'incidence au niveau de la qualité de vie, le taux de rétablissement et la stabilité clinique pourront émerger de la mise en place du système apprenant rapide.

# CONCLUSION

Ce cadre conceptuel a été élaboré dans le contexte d'un système de santé confronté à des défis importants, notamment l'engorgement des urgences et la nécessité de proposer des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie. Le Plateau représente une initiative novatrice visant à améliorer l'offre de soins en santé mentale au Québec. En assurant une transition fluide entre les différentes options de soins et services, il contribue à la réduction des hospitalisations inutiles et au maintien des personnes dans leur milieu de vie, en collaboration avec leurs proches et les partenaires du réseau. Il favorise également l'efficience, en visant à réduire la pression sur les urgences et les unités d'hospitalisation régulières. Il a le potentiel de transformer positivement l'expérience des personnes utilisatrices de services en santé mentale et de leurs proches. Pour ce faire, le Plateau s'appuie sur des piliers, des principes directeurs et des modalités organisationnelles et cliniques qui sont la pierre angulaire de sa mise en œuvre. Il demeure essentiel de le déployer en complémentarité de l'offre de services existante au niveau communautaire et public sur chaque territoire.

Le Plateau s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la valeur des soins et services offerts. Cette approche vise à optimiser le rétablissement pour les personnes utilisatrices. Pour ce faire, le Plateau adopte une perspective de système de santé apprenant, qui repose sur l'évaluation systématique des résultats cliniques et leur utilisation pour ajuster les pratiques de façon continue. Cette approche permettra non seulement d'améliorer constamment la qualité et l'efficience des services offerts, mais aussi de générer des connaissances précieuses sur les interventions les plus efficaces en santé mentale. Ainsi, le Plateau contribuera à l'évolution des pratiques dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Puisque le Plateau s'inscrit dans une démarche de système de santé apprenant, ce cadre conceptuel est conçu pour évoluer, et ce, en fonction des retours d'expérience et des données probantes émergentes. Les établissements sont donc invités à faire part des succès et défis vécus lors de l'utilisation du présent document ainsi que des pistes d'amélioration possibles. Ainsi, le Plateau constitue un modèle prometteur pour relever les défis actuels du système de santé, tout en plaçant les besoins et le bien-être de la personne utilisatrice de services et de ses proches au cœur de la démarche.

Afin de soutenir la mise en œuvre du Plateau, [trois guides d'application spécifiques à chacune des alternatives à l'hospitalisation \(ABC, UIBP et TIBD\)](#) sont disponibles, ainsi qu'[un document de soutien à l'implantation](#). De plus, il est recommandé que les établissements qui souhaitent déployer le Plateau ou l'une de ses actions s'arriment avec la direction adjointe santé mentale adulte, psychiatrie légale et services en milieu carcéral de Santé Québec. Ils doivent également interroger l'IUSM mandaté afin d'être accompagnés dans le déploiement de chacune des actions concernées. Ces instituts offrent un soutien tout au long du processus afin d'assurer une implantation conforme aux guides d'application, tout en considérant les spécificités régionales.

IUSM	RESPONSABILITÉ
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	<b>ABC</b>
Institut universitaire en santé mentale Douglas	<b>UIBP</b>
Institut universitaire en santé mentale de Québec	<b>TIBD</b>

# MÉDIAGRAPHIE

1. Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. Emergency department overcrowding and access block. *Can J Emerg Med* [en ligne]. 2013;15(6):359-70. Disponible : <https://doi.org/10.1017/S1481803500002451>.
2. Haas R, Brundisini F, Barbara A, Darvesh N, Ritchie L, MacDougall D, et al. Emergency department overcrowding: an environmental scan of contributing factors and a summary of systematic review evidence on interventions. *Can J Health Technol* [en ligne]. 2023;3(11):1-59. Disponible : <https://doi.org/10.5173/cjht.2023.786>.
3. Fortin G. Les relations entre l'auto-stigmatisation, l'estime de soi, l'auto-efficacité et le rétablissement chez les personnes ayant des troubles mentaux : une étude corrélationnelle [mémoire de maîtrise en ligne]. Chicoutimi (QC) : Université du Québec à Chicoutimi; 2020. Disponible : [https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5916/1/Fortin\\_uqac\\_0862\\_10705.pdf](https://constellation.uqac.ca/id/eprint/5916/1/Fortin_uqac_0862_10705.pdf).
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif [en ligne]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2022. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>.
5. Unité de soutien SSA Québec. Système de santé apprenant [en ligne]. 2024. Unité de soutien SSA Québec. Système de santé apprenant [en ligne]. Québec (QC) : Unité de soutien SSA Québec; 2024. Disponible : <https://ssaquebec.ca/lunitel/systeme-de-sante-apprenant/>.
6. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge (UK) : Cambridge University Press; 2008.
7. Department of Health. The NHS Plan : plan: a plan for investment, a plan for reform [en ligne]. London : Department of Health; 2000. Disponible : [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_118522.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_118522.pdf).
8. Department of Health. The mental health policy implementation guide [en ligne]. London: Department of Health; 2001. Disponible : [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4058960.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058960.pdf).
9. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. *Nord J Psychiatry* [en ligne]. 2022;76(8):56574. Disponible : <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2029941>.
10. Karlsson B, Borg M, Biong S, Ness O, Kim HS. A crisis resolution and home treatment team in Norway : a longitudinal survey study. Part 2 : provision of professional services. *Int J Ment Health Syst* [en ligne]. 2012;6:14. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-14>.
11. Baumgardt J, Schwarz J, Bechdolf A, Nikolaidis K, Heinze M, Hamann J, et al. Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home treatment in German mental health care (AKTiV) : protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. *BMC Psychiatry* [en ligne]. 2021;21:173. Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03163-9>.

12. Blaehr EE, Madsen JV, Christiansen NLS, Ankersen PV. The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. *Nord J Psychiatry* [en ligne]. 2017;71(8). Disponible : <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1365377>.
13. Gimenez-Diez D, Maldonado Alia R, Rodriguez Jimenez S, Granel N, Torrent Solà L, Bernabeu-Tamayo MD. Treating mental health crises at home: patient satisfaction with home nursing care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [en ligne]. 2020;27(3):24657. Disponible : <https://doi.org/10.1111/jpm.12573>.
14. Gimenez-Diez D, Maldonado Alia R, Torrent Solà L, Granel N, Bernabeu-Tamayo MD. Nurses' experiences of care at crisis resolution home treatment teams: a case study research. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [en ligne]. 2022;29(1):4856. Disponible : <https://doi.org/10.1111%2Fjpm.12738>.
15. Huang HCH, Taylor M, Carmichael A. The outcomes of home treatment for schizophrenia. *BJPsych Bull* [en ligne]. 2018;42(6):23741. Disponible : <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.56>.
16. Iqbal N, Nkire N, Nwachukwu I, Young C, Russell V. Homebased treatment and psychiatric admission rates: experience of an adult community mental health service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract* [en ligne]. 2012;16(4):3006. Disponible : <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687450>.
17. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Adv Psychiatr Treat* [en ligne]. 2013;19(2):11523. Disponible : <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>.
18. Lalevic G, Suhail A, Doyle H. Homebased crisis team in North Cork : service description and patient-related outcomes. *Ir J Psychol Med* [en ligne]. 2019;36(1):2933. Disponible : <https://doi.org/10.1017/ijpm.2017.79>.
19. Martin-Iñigo L, Ortiz S, Urbano D, Teba Pérez S, Contaldo SF, Alvarós J, Baladon L, Parody-Rúa E, Rubio Valera M. Assessment of the efficacy of a Crisis Intervention Team (CIT): experience in the Esplugues Mental Health Center (Barcelona). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [en ligne]. 2022;57(10):210917. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02250-w>.
20. Morant N, LloydEvans B, Lamb D, Fullarton K, Brown E, Paterson B, et coll. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry* [en ligne]. 2017;17:254. Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0>.
21. Motteli S, Jäger M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, et coll. Home treatment for acute mental healthcare: who benefits most? *Community Ment Health J* [en ligne]. 2020;57:82835. Disponible : <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3>.
22. Nwachukwu I, Nkire N, Russell V. Profile and activities of a rural homebased psychiatric treatment service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract* [en ligne]. 2014;18(2):12530. Disponible : <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.838631>.
23. O'Keeffe B, Russell V. Home treatment services for acute mental disorders : an all-Ireland survey. *Ir J Psychol Med* [en ligne]. 2019;36(1):717. Disponible : <https://doi.org/10.1017/ijpm.2017.83>.
24. Rubio L, Lever Taylor B, Morant N, Johnson S. Experiences of intensive home treatment for a mental health crisis during the perinatal period : a UK qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* [en ligne]. 2021;30(1):20818. Disponible : <https://doi.org/10.1111/inm.12774>.
25. Turhan S, Taylor M. The outcomes of home treatment for borderline personality disorder. *BJPsych Bull* [en ligne]. 2016;40(6):3069. Disponible : <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052118>.

26. van Oenen FJ, Schipper S, Van R, Visch I, Peen J, Cornelis J, et coll. Involving relatives in emergency psychiatry: an observational patient-control study in a crisis resolution and home treatment team. *J Fam Ther* [en ligne]. 2018;40(4):584601. Disponible : <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12189>.
27. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G, éd. *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2008. 326 p.
28. Wright T, Andrew T. Art therapy in a Crisis Resolution/Home Treatment Team: report on a pilot project. *Int J Art Ther* [en ligne]. 2017;22(4):1809. Disponible : <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1306572>.
29. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* [en ligne]. 2011;199(6):44552. Disponible : <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
30. Commission de la santé mentale du Canada. Le rétablissement [en ligne]. Ottawa (ON) : Commission de la santé mentale du Canada; 2020. Disponible : <https://commissionsantementale.ca/le-retablissement/>.
31. Heath DS, éd. *Home treatment for acute mental disorders : an alternative to hospitalization*. New York (NY) : Routledge; 2005. 293 p.
32. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D, Fullarton K, Brown E, Paterson B, Istead H, Kelly K, Hindle D, Fahmy S, Henderson C, Mason O, Johnson S. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry* [en ligne]. 2017;17(1). Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0>.
33. Champagne, F, Contandriopoulos, A.-P, Ste-Marie, G., et Chartrand, É. L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec – Portrait de la situation [en ligne]. École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal. 2018. Disponible : [https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique\\_v2/AffichageFichier.aspx?idf=184199](https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=184199).
34. Commissaire à la santé et au bien-être. Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec. Québec (QC) : Gouvernement du Québec [en ligne]. 2017. Disponible : [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE\\_Rapport\\_Urgences\\_Sommaire\\_2017.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_Sommaire_2017.pdf).
35. American Society of Addiction Medicine. The National Practice Guideline for the Use of Medication in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use [en ligne]. 2015. Disponible : [https://medicine.hsc.wvu.edu/media/367154/asam\\_mat\\_national\\_practice\\_guidelines.pdf](https://medicine.hsc.wvu.edu/media/367154/asam_mat_national_practice_guidelines.pdf).
36. Substance Abuse and Mental Health Administration. Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction. 2004.
37. Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et en itinérance. Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes [en ligne]. Montréal (QC) : Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2020. Disponible : <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2020/04/GuideTUU-FR-2020.pdf>.
38. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* [en ligne]. Montréal (QC) : Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2020. 2010;4(258):1511–13. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2010.6.258.1511>.
39. Begum R, Riordan S. Nurses' experiences of working in crisis resolution home treatment teams with its additional gatekeeping responsibilities. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [en ligne]. 2016;23(1). <https://doi.org/10.1111/jpm.12276>.

40. Nelson LJ, Miller PK, Ashman D. 'Dale': An interpretative phenomenological analysis of a service user's experience with a crisis resolution/home treatment team in the United Kingdom. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [en ligne]. 2016;23:67. <https://doi.org/10.1111/jpm.12328>.
41. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, Paterson B, Zugaro CG, Johnson S. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings : A systematic review. *BMC Psychiatry* [en ligne]. 2015;15:74. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>.
42. Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, Kawohl W, Holtforth MG, Schnyder U, Hepp U. Home treatment for acute mental healthcare: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [en ligne]. 2020;216(6). <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.31>.
43. Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, Nolan F, Henderson C, Mason O, Goater N, Kelly K, Ambler G, et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry* [en ligne]. 2016;16:427. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1139-4>.
44. Royal College of Psychiatrists. Practice Guidelines for Crisis Line Response and Crisis Resolution and Home Treatment Teams [en ligne]. London (UK) : Royal College of Psychiatrists ; 2022. Disponible : [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/htas/practice-guidelines-for-crisis-line-response-and-crhtt%27s-2022.pdf?sfvrsn=b0bd5805\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/htas/practice-guidelines-for-crisis-line-response-and-crhtt%27s-2022.pdf?sfvrsn=b0bd5805_2).
45. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. Pairs-aidants et intervention en santé mentale [en ligne]. Montréal (QC) : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté ; 2024. Disponible : <https://cremis.ca/publications/dossiers/intervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/>.
46. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Pair-aidance [en ligne]. Québec (QC) : Association québécoise pour la réadaptation psychosociale ; 2024. Disponible : <https://www.aqrp-sm.org/pair-aidance>.
47. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, Desaulniers M, Museux AC. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Montréal (QC) : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux ; 2014 [révisé 2018].
48. Renaud S, Drolet MJ. Transdisciplinarité et pratique clinique en santé mentale : quels enjeux éthiques ? *Enjeux Soc.* [en ligne]. 2023;10(1):244–72. <https://doi.org/10.7202/1098705ar>.
49. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy : 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*. 2006;29(6):351–64.
50. D'Amour D, Gagnon D, San Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* [en ligne]. 2005;5:116. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>.
51. Flinterman JF, Teclemariam-Mesbah R, Broerse JEW, Bunders JFG. Méthodologie transdisciplinaire pour la recherche en nutrition des populations : étude de cas. *Am J Clin Nutr*. 2001;74(6):1000S–5S.
52. Nicolescu B. Méthodologie de la transdisciplinarité – niveaux de réalité, logique du tiers inclus et complexité. *Transdiscipl J Eng Sci*. 2011;1:19–38.

53. Van Bewer V. Transdisciplinarity in health care : A conceptual framework for transdisciplinary collaboration. *J Interprof Care* [en ligne]. 2017;31(6):660–5. Disponible : <https://doi.org/10.1111/nuf.12200>.
54. Cartmill C, Soklaridis S, Cassidy JD, MacEachen E. Transdisciplinary teamwork : The experience of clinicians working in rehabilitation teams. *J Interprof Care*. 2011;25(4):289–95.
55. Ciccarelli M, Johnston L, Osborne S, McAllister L, Cleary J. Transdisciplinary healthcare education : A review of learner outcomes. *J Allied Health* [en ligne]. 2015;44(3):132–39.
56. Monthuy-Blanc J, Cantinotti M, Lavoie J, Bouchard C, Létourneau N, Leduc N. Intersectorialité, interprofessionnalité et transdisciplinarité: une articulation nécessaire pour l'innovation sociale en santé. *Santé Publique*. 2022;34(3):325–34.
57. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Pratiques de suivi étroit auprès des personnes présentant un risque suicidaire à la sortie de l'hôpital : défis rencontrés et pistes de solution [en ligne]. Montréal : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; 2024. Disponible : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/pratiques-de-suivi-etroit-aupres-des-personnes-presentant-un-risque-suicidaire-a-la-sortie-de-lhopital-defis-rencontres-et-pistes-de-solution.html>.
58. Department of Health. Best practice in managing risk : Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health services [en ligne]. London : Department of Health; 2009. Disponible : <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a8020a840f0b62302691adf/best-practice-managing-risk-cover-webtagged.pdf>.
59. Just D, Palmier-Claus JE, Tai S. Positive risk management : staff perspectives in acute mental health inpatient settings. *J Adv Nurs* [en ligne]. 2021 Apr;77(4):1899–910. Disponible : <https://doi.org/10.1111/jan.14752>.
60. Paradis-Gagné E, Pariseau-Legault P, Goulet M, Jacob JD, Lessard-Deschênes C. Coercion in psychiatric and mental health nursing : a conceptual analysis. *Int J Ment Health Nurs* [en ligne]. 2021 Jun;30(3):590–609. Disponible : <https://doi.org/10.1111/inm.12855>.
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller*. No 2391410W [en ligne]. Québec (QC) : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-10W.pdf>.
62. Équipe spécialisée en troubles concomitants, Direction des programmes en santé mentale et dépendances. Cadre de référence – interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet) [en ligne]. Québec (QC) : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale; 2022. Disponible : [https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/Cadre\\_r%C3%A9rence\\_TC\\_CIUSSCN\\_Juin2022%20%281%29.pdf](https://iud.quebec/sites/iud/files/media/document/Cadre_r%C3%A9rence_TC_CIUSSCN_Juin2022%20%281%29.pdf).
63. Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Traitements et interventions en hospitalisation de courte durée pour les patients ayant des problèmes de santé mentale et toxicomanie. Montréal (QC) : UETMISM-IUSMM; 2019 sept. Relevé de littérature préparé par Gheorghiu I, Lesage A, Marin C.

64. Livingston JD. La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : analyse documentaire. Ottawa (ON) : Commission de la santé mentale du Canada; 2020.
65. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec. Dépistage/évaluation du besoin d'aide – alcool/drogues [en ligne]. Trois-Rivières (QC) : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec; 2024. Disponible : [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa\\_no\\_site=4242&owa\\_no\\_fiche=50](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=50).
66. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport de dénombrement 2022 [en ligne]. Québec (QC): Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2022. Disponible : [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document\\_003630/](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document_003630/).
67. Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs. Les principes du développement durable : un guide pour l'action [en ligne]. Québec (QC) : Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs; 2025. Disponible : <https://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/principe.htm>.
68. Unité de soutien SSA, Québec. Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité [en ligne]. Québec (QC) : Unité de soutien SSA Québec; 2024 mars. Disponible : [https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2024/05/Enonce\\_de\\_position\\_ACQ\\_mars2024-2.pdf](https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2024/05/Enonce_de_position_ACQ_mars2024-2.pdf).
69. Ruud T, Hasselberg N, Siveland J, Holgersen K. Patient-reported outcome, clinician-reported outcome, and patient satisfaction with treatment by crisis resolution teams : a multicenter pre-post study of outcome and associated factors in Norway. BMC Psychiatry [en ligne]. 2024;24(1):82. Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05543-3>.
70. Chen X, Yuan J, Zhao W, Qin W, Gao J, Zhang Y. Which aspects of patient experience are the 'moment of truth' in the healthcare context : a multicentre cross-sectional study in China. BMJ Open [en ligne]. 2024 Feb;14(2):e077363. Disponible : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077363>.
71. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open [en ligne]. 2013 Jan;3(1):e001570. Disponible : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>.
72. Sidani Y, Reese S. Nancy Dixon: empowering the learning organization through psychological safety. Learn Organ [en ligne]. 2020;27(5):395-405. Disponible : <https://doi.org/10.1108/TLO-01-2020-0015>.
73. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire, traiter [en ligne]. Québec (QC) : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.
74. American Society of Addiction Medicine. The ASAM Criteria, 4e éd [en ligne]. Rockville (MD) : American Society of Addiction Medicine; 2025. Disponible : <https://www.asam.org/asam-criteria>.
75. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Dépendance et itinérance [en ligne]. Québec (QC) : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2025. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-dependance-et-itinerance/>.
76. Hurtubise R, Roy L, Trudel L, Rose M-C, Pearson A. Guide des bonnes pratiques en itinérance [en ligne]. Montréal (QC) : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2021. Disponible : [https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2022/01/Fiche-10\\_Passage-en-CH.pdf](https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2022/01/Fiche-10_Passage-en-CH.pdf).

77. Ministère de l'Environnement, de la Lutte contre les changements climatiques, de la Faune et des Parcs. Loi sur le développement durable : Les principes [en ligne]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2025. Disponible : <https://www.environnement.gouv.qc.ca/developpement/principe.htm>.
78. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune [en ligne]. 2010. Québec (QC) : Gouvernement du Québec. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>.
79. Thompson JD. *Organizations in action : social science bases of administrative theory*. New York (NY): Transaction Publishers; 1967. 222 p.
80. Dever G, Champagne F. *Epidemiology in health services management*. Burlington (MA) : Jones & Bartlett Learning; 1984.
81. Hudson E, Pariseau-Legault P, Cassivi C, Chouinard C, Goulet M. Mental health crisis: an evolutionary concept analysis. *Int J Ment Health Nurs* [en ligne]. 2024;33(6):1908-20. Disponible : <https://doi.org/10.1111/inm.13412>.
82. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité [en ligne]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2023. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>.
83. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Offre de services sociaux généraux – orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience [en ligne]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2013. Disponible : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000345/>.
84. Office québécois de la langue française. Banque de dépannage linguistique [en ligne]. Québec (QC) : Office québécois de la langue française; 2006. Disponible : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8378037/partenaire>.
85. Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [en ligne]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2022. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
86. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. La gestion par trajectoire de soins et de services : guide théorique et pratique [en ligne]. Montréal (QC) : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal; 2019. Disponible : [https://cdn.ciussnordmtl.ca/documents/Menu/Votre\\_CIUSS/Documentation/Gestion\\_clinique/La\\_gestion\\_par\\_trajectoire\\_de\\_soins\\_et\\_de\\_services\\_guide\\_theorique\\_et\\_pratique.pdf](https://cdn.ciussnordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSS/Documentation/Gestion_clinique/La_gestion_par_trajectoire_de_soins_et_de_services_guide_theorique_et_pratique.pdf).
87. Gouvernement du Québec. Autoformation Mieux accueillir les personnes handicapées : le trouble de santé mentale [en ligne]. Québec (QC) : Gouvernement du Québec; 2024. Disponible : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/participation-sociale-personnes-handicapnees/autoformation-mieux-accueillir-personnes-handicapees/trouble-sante-mentale>.
88. MIND. Listening to experience : an independent inquiry into acute and crisis mental healthcare [en ligne]. London (UK) : MIND; 2011. Disponible : [https://www.mind.org.uk/media-a/4377/listening\\_to\\_experience\\_web.pdf](https://www.mind.org.uk/media-a/4377/listening_to_experience_web.pdf)

# ANNEXE 1

## VIGNETTES CLINIQUES

### VIGNETTE CLINIQUE ABC

Mathieu, un jeune homme de 25 ans, appelle au 811 car il vit beaucoup de détresse psychologique à la suite d'une rupture amoureuse. Sa copine, avec qui il entretenait une relation fusionnelle, l'a quitté il y a un mois. Depuis, il rapporte ne plus dormir, manger à peine, s'isoler et ne plus aller à son travail. Lorsque questionné sur la présence d'idées suicidaires, Mathieu dit ne plus avoir de raison de vivre; il jongle quotidiennement avec des idées passives de mort mais n'a pas de plan arrêté. Sa consommation de stimulants, qui était auparavant récréative, est maintenant devenue quotidienne. Mathieu rapporte se sentir angoissé, qu'il sent qu'il perd le contrôle de sa tête.

Ce n'est pas la première fois selon lui qu'il présente un état de détresse semblable. Son médecin de famille aurait émis un diagnostic de trouble de la personnalité limite il y a quelques années, en plus d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité diagnostiqué à l'enfance. Il refuse de retourner voir ce médecin, affirme ne pas avoir confiance en lui et se sent jugé. Il confirme aussi ne plus prendre la médication que celui-ci lui avait prescrite.

L'infirmière du 811 a mis Mathieu en attente afin de se concerter avec sa collègue sur les meilleures options d'orientation. L'évaluation du risque suicidaire a révélé un risque élevé de passage à l'acte à court terme, mais sans caractère imminent. Cela a conduit les infirmières à envisager plusieurs alternatives pour assurer la sécurité et le bien-être de Mathieu.

L'orientation vers l'Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) a été discutée, mais il a été conclu que Mathieu ne présentait pas de risque imminent qui justifierait une telle intervention. De même, le Traitement intensif bref à domicile (TIBD) n'était pas approprié, car son état ne nécessitait pas une hospitalisation immédiate.

Après avoir examiné les différentes options, les infirmières ont convenu que les services de l'ABC seraient l'option idéale. Cet accompagnement permettrait une intervention rapide et adaptée, visant à résorber la crise à court terme tout en prenant en compte les divers aspects de la vie de Mathieu.

L'infirmière a donc pris le temps de présenter à Mathieu les services offerts par l'ABC, en lui expliquant comment cette intervention pourrait l'aider à surmonter sa crise actuelle. L'objectif est de lui fournir un soutien adéquat et de l'accompagner vers une meilleure santé mentale.

Il accepte d'y être référé. Elle amorce le plan de non-réponse avec lui et élabore un filet de sécurité pour les prochaines heures. Il accepte d'informer un ami qui habite près de chez lui de sa situation et sait qu'il peut joindre au besoin les lignes d'écoute. L'infirmière appelle l'ABC directement sur la ligne téléphonique. L'intervenant de l'équipe l'assure qu'il prendra contact avec Mathieu aujourd'hui pour valider l'admissibilité et que, le cas échéant, ils conviendront d'un rendez-vous dans les 24 à 48 prochaines heures.

Un intervenant de l'équipe se déplace le lendemain. Il visite Mathieu en présence de son ami au domicile de celui-ci pour procéder à l'évaluation des besoins et faire la gestion du risque. L'intervenant de l'ABC établit avec lui un plan de crise conjoint. Mathieu ventile beaucoup sur le sentiment de trahison et de perte de sens qui l'habite. Il nomme vouloir du soutien pour diminuer l'intensité de sa détresse, recommencer à dormir et avoir une meilleure hygiène de vie. Bien qu'il ne considère pas sa consommation comme étant problématique, il est d'accord pour explorer le rôle des amphétamines dans sa crise et en discuter. Il accepte de l'aide pour reprendre la médication pour dormir que son médecin lui avait prescrite. L'intervenant l'informe qu'au besoin, il pourra consulter une ou un psychiatre si son état se détériore.

Son ami le rassure qu'il peut demeurer chez lui encore quelques jours et accepte volontiers son implication dans le plan de sécurité des prochaines heures. Le risque suicidaire est réévalué avant le départ de l'intervenant. Celui-ci confirme à Mathieu qu'il l'appellera demain et reviendra le rencontrer dans deux jours. De plus, l'intervenant planifie un moment avec l'ami de Mathieu pour explorer ses besoins et l'outiller en fonction de ceux-ci.

## VIGNETTE CLINIQUE UIBP

Marie, 32 ans, vit chez son cousin, Fred, depuis quelques mois. Ce dernier l'a retrouvée dans son lit, en pleurs, recroquevillée sur elle-même, le regard livide avec de profondes blessures au bras qu'elle venait tout juste de s'infliger. Son cousin a alors immédiatement appelé le 911. À l'arrivée des ambulanciers, Marie se montre non coopérative, hurle, menace ces derniers, répète qu'elle préfèrerait mourir et qu'elle est écœurée de sa vie. Les policiers sont contactés en soutien. À la suite d'une évaluation avec les services d'aide en situation de crise pour assurer sa sécurité dans le cadre de la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui \(RLRQ, c. P-38.001\) LPP](#), Marie est conduite à l'urgence pour une évaluation psychiatrique.

À son arrivée, Marie est vue au triage et installée sur une civière, sous surveillance continue, dans une section réservée pour les personnes présentant des besoins psychiatriques et un risque élevé sur le plan de la sécurité. Elle refuse de consentir aux soins et désire quitter l'établissement. On lui explique sommairement que l'équipe a besoin de parler à son cousin pour mieux comprendre sa situation et elle accepte. Fred raconte que Marie vit chez lui depuis deux mois, après une séparation houleuse d'avec un mari violent. Depuis deux semaines, il observe un fonctionnement étrange. Elle lui a demandé de l'argent et il pense qu'elle s'est procuré des drogues et de l'alcool auprès d'un revendeur du coin. Depuis, Marie semble absente, distante et fuit les conversations avec lui. La nuit, il l'entend hurler dans la chambre d'à côté et l'a surprise à plusieurs reprises en pleurs dans le salon.

Une demande de consultation au psychiatre de l'urgence est faite. L'infirmière du triage s'interroge sur la possibilité d'une orientation vers l'UIBP, qui permettrait d'éviter une hospitalisation. Pour le psychiatre, l'état mental de Marie et le niveau de dangerosité justifient une garde préventive pour permettre une évaluation approfondie, lorsqu'elle sera plus calme. Comme Marie refuse de collaborer à l'examen et aux démarches juridiques; le psychiatre demande une garde provisoire et elle est tout de même admise à l'UIBP. Il n'est pas envisageable pour le moment de l'orienter vers les services d'ABC ou du TIBD.

Elle est dirigée vers une chambre où on lui remet des documents sur le mandat de l'UIBP, le code de vie et la garde préventive. Elle accepte graduellement de collaborer avec l'équipe clinique. Elle mentionne avoir eu de nombreux épisodes de suivi en première ligne dans la trajectoire des troubles de la personnalité et avoir

séjourné dans une ressource d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale il y a deux ans. D'après les notes de suivi à son dossier et l'histoire qu'elle rapporte, son état d'instabilité mentale semble récent, selon le psychiatre et l'équipe clinique. Marie a eu des difficultés à transférer ses prescriptions vers la pharmacie située près de chez son cousin, entraînant l'arrêt de son traitement depuis quelques semaines. L'équipe apprend aussi que Marie a récemment reçu un appel de son ex-conjoint violent, avec qui elle s'est disputée. Il aurait été menaçant et aurait insisté pour qu'elle lui donne une autre chance. Ne sachant pas comment gérer ses émotions sur le coup, elle a consommé de la drogue pour se relaxer.

Dans un premier temps, Marie refuse catégoriquement d'être hospitalisée, affirmant qu'elle se connaît, qu'elle reprendra ses médicaments et qu'elle ira mieux. Toutefois, son risque suicidaire est évalué à un niveau élevé. Marie est informée de ses droits et de la garde en établissement et on répond à ses questionnements sur l'UIBP et sa programmation clinique. Elle accepte finalement de rester quelques jours, mais seulement le temps de reprendre son traitement pharmacologique et de possiblement rassurer son cousin ainsi que sa famille sur ses idées suicidaires. Marie reçoit un accompagnement continu des intervenants et intervenantes, et son état se stabilise. Après quelques heures, elle dit prendre conscience du fil des événements des dernières semaines et de son grand besoin d'aide à court terme. Le lendemain, elle accepte de consentir à l'aide offerte. Le psychiatre lève la garde après 36 heures d'admission et annule la requête de garde provisoire. Le traitement pharmacologique est repris, accompagné d'une médication à court terme visant à contenir la crise et qui sera réévaluée, au besoin, par le médecin de son GMF.

Avec le consentement de Marie, l'équipe de l'UIBP contacte l'équipe ABC de l'établissement pour y orienter Marie. Elle communique l'information concernant le séjour et les besoins identifiés afin de planifier l'arrimage des services en prévision du congé. À la demande de Marie, une rencontre familiale est organisée le lendemain. Des outils d'autogestion et d'adhésion aux traitements lui sont offerts en présence de sa famille. Une proche aidante est également présente à cette rencontre pour offrir du soutien et proposer des outils adaptés à la situation actuelle et à son évolution. Une planification du congé est amorcée avec ses proches qui sont sensibilisés aux interventions à privilégier si son état se détériore. L'intervenante ABC vient rencontrer Marie dans les locaux de l'UIBP avant la fin de son séjour pour lui présenter les services et obtenir son consentement. Marie verbalise à l'intervenante ABC qu'une fois la crise passée, elle souhaite pouvoir obtenir de l'aide pour ne plus faire de cauchemars et ne plus avoir de moments de dissociation comme elle vit chaque fois que son ex-conjoint la contacte. La veille de son départ, un plan de congé est formalisé en présence des proches et de l'intervenante ABC. Marie quitte l'UIBP après 86 heures. Elle a un rendez-vous le lendemain avec son intervenante ABC et la semaine suivante avec son médecin de famille, qui aura reçu les informations relatives à son séjour ainsi que les recommandations psychiatriques.

## VIGNETTE CLINIQUE TIBD

Mathilde a 26 ans et travaille comme caissière dans un supermarché. Elle réside avec son conjoint depuis un an. Le couple loue un appartement près du supermarché où Mathilde travaille. Or, il leur est difficile de payer le loyer, puisque le conjoint de Mathilde s'est blessé en jouant au hockey avec des amis et ne travaille plus depuis six mois. Mathilde affirme que le propriétaire du logement les harcèle pour récupérer l'appartement et faire des rénovations. Il leur aurait même offert 2 000 \$ pour tenter de les convaincre de partir.

La jeune femme est suivie en clinique externe de psychiatrie depuis deux ans. Elle l'est depuis la fin de son suivi avec le Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP), instauré à la suite de son premier épisode psychotique, il y a cinq ans.

Aujourd'hui, Mathilde se présente au rendez-vous de suivi avec son psychiatre. Elle présente des symptômes délirants, de méfiance et d'anxiété pendant la rencontre. Elle mentionne ne plus aller au travail depuis une semaine parce que ses collègues de travail la fixent constamment et auraient tenté de l'empoisonner en versant une substance dans son café. Elle dit se sentir en danger et ne plus dormir en raison de son anxiété. Elle croit également que son conjoint la trompe et qu'il a installé des caméras dans leur appartement pour la surveiller. Son psychiatre et son infirmière ont tenté d'ajuster le traitement pharmacologique et ont augmenté leurs contacts à une fois par semaine, sans voir d'amélioration. Elle présente des symptômes psychotiques aigus et a cessé de prendre sa médication régulière, que la psychiatre avait majorée.

Lors du rendez-vous, le psychiatre explique à Mathilde qu'il n'est plus en mesure d'assurer un suivi suffisamment intensif pour ses besoins actuels et qu'il est d'avis que son état nécessite une hospitalisation. Il propose à Mathilde de faire appel aux services du TIBD pour mettre en place un suivi intensif bref à domicile, vu la détérioration de son état mental et la rupture de son fonctionnement social ainsi que la nécessité d'un suivi intensif et d'un ajustement de sa médication. Mathilde accepte. Le psychiatre fait donc appel à la personne responsable de la réception et du traitement des références au TIBD, afin de faire une analyse préliminaire de l'admissibilité de Mathilde. Une fois l'admissibilité préliminaire confirmée, une rencontre d'évaluation initiale est planifiée rapidement.

Quelques minutes plus tard, une infirmière et un travailleur social se présentent à la clinique externe pour réaliser l'évaluation. Lors de la rencontre, Mathilde indique qu'elle a repris récemment la consommation d'amphétamines. Elle s'engage néanmoins à essayer de diminuer celle-ci et à être transparente sur la quantité de comprimés consommés, afin que l'équipe puisse en tenir compte dans l'ajustement de son traitement. Mathilde refuse toutefois que le personnel du TIBD se présente à son domicile, puisqu'elle ne veut pas que son conjoint soit rencontré. L'équipe du TIBD ira donc rencontrer Mathilde au parc près de chez elle pour l'instant. Mathilde accepte néanmoins que l'équipe informe par téléphone son conjoint du suivi offert par l'équipe TIBD, mais c'est tout ce que le personnel est autorisé à lui divulguer comme information. Mathilde accepte les modalités de suivi du TIBD quant aux visites, aux rendez-vous médicaux et à la médication. Après l'évaluation initiale, l'admissibilité de Mathilde au TIBD est confirmée. Un suivi est alors immédiatement mis en place. Mathilde est raccompagnée près de son domicile par l'équipe TIBD et le suivi est amorcé. Le psychiatre du TIBD rencontrera Mathilde le lendemain pour son premier rendez-vous médical.

L'équipe offrira non seulement un traitement médical et un suivi infirmier intensif afin de stabiliser son état mental, mais également un suivi psychosocial pouvant se traduire par :

- un accompagnement dans ses démarches pour régulariser sa situation financière ainsi que sa situation résidentielle;
- un accompagnement dans la reprise de ses activités professionnelles, lorsque son état mental le permettra;
- un travail sur l'alliance thérapeutique et la recherche d'un consentement pour l'implication de son conjoint. L'équipe cherchera ainsi à comprendre les craintes de Mathilde relatives à l'implication de son conjoint et expliquera l'apport positif que cela pourrait avoir (l'application du processus de décision partagée pour l'implication des proches proposée par le [\*Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale\*](#) est recommandée).

# **ANNEXE 2**

## **AIDE-MÉMOIRE POUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION DE SUBSTANCES (TUS)**

### **ACCUEIL**

Les personnes aux prises avec une dépendance peuvent avoir eu des expériences antérieures difficiles avec le RSSS et vont parfois craindre le jugement des soignantes et soignants. L'accueil empathique sans jugement est donc l'approche à privilégier avec cette clientèle. Pour ces personnes, le fait de se sentir réellement écoutées, considérées et que l'on tente d'explorer et de répondre à leurs besoins permettra aussi souvent de prévenir ou de désamorcer des situations de crise.

Les personnes qui présentent un TUS sont plus susceptibles que les autres d'avoir été exposées à des événements traumatisques. Dans ce contexte, l'approche sensible aux traumatismes et à la violence peut être employée avec toutes les personnes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives, en raison de la prévalence élevée des traumas et des expériences stressantes dans cette population. Cette approche vise à établir un climat de confiance où la sécurité émotionnelle et physique des personnes est assurée, où celles-ci ne sont pas forcées de révéler des événements traumatisants de leur histoire et où leurs forces et leur autonomie sont reconnues ([Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Les soins sensibles au traumatisme](#)).

### **ENVIRONNEMENT PROPICE À L'ÉDUCATION ET À LA PRÉVENTION**

Le Plateau doit s'assurer que le matériel éducatif et préventif soit accessible aux personnes utilisatrices de services. Ce matériel, qui aborde les enjeux liés à la consommation de substances, doit être disponible dans les salles d'attente ainsi que dans les sacs à dos des intervenantes et intervenants, afin d'être remis aux personnes au moment jugé approprié. De plus, chaque équipe devra être équipée de trousse de naloxone et formée à leur utilisation afin de répondre efficacement aux situations d'urgence liées aux surdoses. L'éducation à la réduction des méfaits doit être un volet essentiel du parcours de soins des personnes.

## GESTION DU SEVRAGE (SERVICES DE DÉSINTOXICATION)

Lorsqu'il y a utilisation de substances psychoactives (SPA) (73), l'équipe traitante devra d'abord s'assurer que l'arrêt de consommation de la substance n'entraînera pas un sevrage qui pourrait mettre la vie de la personne en danger (p. ex. alcool, benzodiazépine, GHB, barbiturique). Lorsqu'une hospitalisation est envisagée, le traitement rapide et approprié du sevrage sera alors mis en place. S'il n'y a pas d'hospitalisation prévue et que la dangerosité du sevrage a été exclue, l'équipe traitante pourra alors avoir recours aux services de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance, lorsqu'elle est présente dans son établissement, ou référer directement la personne à des ressources externes, dont les CRD.

En fonction de l'évaluation des risques de complications de sevrage et des conditions médicales et psychiatriques associés (74), la personne pourra être orientée vers diverses ressources de gestion du sevrage, hiérarchisées en fonction de l'intensité des services requise (75).

### Services externes non intensifs de gestion du sevrage (niveau 1-GS)

Il s'agit généralement de consultations médicales en externe ou avec un ou une IPSSM qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.

### Services externes intensifs de gestion du sevrage (niveau 2-GS)

Sous la responsabilité des établissements territoriaux, selon leur mission CRD en complémentarité avec la mission en centre hospitalier et les autres centres non fusionnés concernés, ces services sont offerts sous supervision médicale, souvent par l'entremise du personnel infirmier. Les services sont destinés à des personnes qui présentent des risques de sevrage modérés et dont l'état nécessite une intensité importante (plus grande fréquence de rencontres) sur une courte période.

### Services de gestion du sevrage avec hébergement (niveau 3-GS)

On distingue habituellement deux sous-niveaux de services de gestion du sevrage avec hébergement. Nécessitant une présence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, le niveau 3.2-GS est destiné aux sevrages plus légers et peut être géré par du personnel détenant une formation psychosociale. Le niveau 3.7-GS vise à répondre à des sevrages dont la gravité est plus importante et nécessite la présence de personnel infirmier, sous supervision médicale.

### Services de gestion du sevrage avec hospitalisation/désintoxication interne en milieu hospitalier (niveau 4-GS)

Sous la responsabilité des établissements détenant une mission de centre hospitalier, ces services sont offerts par les membres du personnel infirmier et médical, dans les diverses unités offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Il est estimé qu'environ 10 % des personnes qui présentent un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et requérant des services spécialisés en dépendance ont besoin d'être orientées au préalable pour une désintoxication interne en milieu hospitalier, à l'occasion d'un sevrage sévère.

## ASSURER LA SÉCURITÉ ET LE CONFORT DE LA PERSONNE EN SITUATION DE SEVRAGE DÈS L'ACCUEIL OU L'ADMISSION

Certaines personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance peuvent rapidement se retrouver en situation de sevrage, ce qui les rendra moins disponibles pour suivre les différentes procédures requises et les traitements proposés. Leur besoin de consommer peut les amener à précipiter leur départ avant d'avoir reçu tous les soins et les services dont elles ont besoin. Afin de minimiser les risques qu'une telle situation se produise, il est important de rassurer la personne sur le fait qu'elle peut, par exemple, sortir à l'extérieur pendant un court moment sans risquer de perdre sa place (p. ex. pour aller fumer) et qu'elle recevra l'ensemble des soins et services que son état requiert (76).

## TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES (TUO)

En présence d'un individu respectant les critères diagnostiques d'un TUO, il est recommandé d'évaluer systématiquement la pertinence de débuter un traitement avec un agoniste opioïde.

## DÉPISTAGE/ÉVALUATION DU BESOIN D'AIDE – ALCOOL/DROGUES

Le [DÉBA-A/D](#) permet de classifier la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues chez les adultes. Cette classification se fait en trois catégories, correspondant à des niveaux de services. En plus de favoriser l'orientation des personnes, le [DÉBA-A/D](#) fournit une évaluation permettant d'établir le plan d'intervention pour les services de première ligne, d'où son nom «Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool/Drogues».

## DÉTECTION ET BESOIN D'AIDE AU REGARD DU JEU EXCESSIF

Le [DÉBA-JEU](#) est un outil de détection pour les adultes susceptibles de présenter des problèmes de jeu.

### RISQUE DE SURDOSE D'OPIOÏDES

La naloxone est un antagoniste des opioïdes couramment utilisé. La [naloxone](#) est désormais disponible en pharmacie, au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et dans certains organismes communautaires sous forme de trousse afin de prévenir les surdoses chez les personnes qui utilisent des opioïdes (prescrits ou non) et, plus largement, chez toute personne qui utilise des substances psychoactives provenant du marché illicite. Les équipes traitantes devraient remettre cet antidote à toutes les personnes qui consomment des substances psychoactives provenant du marché illicite (et non pas uniquement à celles qui consomment des opioïdes) et à toutes les personnes à qui elles prescrivent des opioïdes. Le programme de gratuité inclut les personnes ne possédant pas de carte d'assurance maladie ou de pièce d'identité, les citoyennes et citoyens d'autres provinces et les touristes. Les pharmaciennes et pharmaciens sont habilités à effectuer la formation à l'utilisation de la naloxone aux personnes qui recevront une trousse. De plus, un [Programme de formation sur l'administration de la naloxone pour les intervenantes et intervenants du RSSS](#) est disponible depuis janvier 2019.

Trouver une ressource offrant de la naloxone : [Répertoire des ressources en santé et services sociaux – Trouver une ressource en santé et services sociaux](#)

# ANNEXE 3

## AIDE-MÉMOIRE POUR L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE

### REPÉRAGE

Le Plateau doit s'informer de la condition résidentielle d'une personne. Certaines mentionneront d'entrée de jeu être en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Toutefois, plusieurs situations de précarité résidentielle peuvent passer inaperçues ou être délibérément cachées, ce qui peut conduire à la perte du logement ou à un retour à la rue sans que les différentes options aient été explorées.

L'[instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables ou à risque](#) est composé de six questions qui permettent de déceler les indices d'instabilité résidentielle et s'utilise dans un contexte d'intervention brève ([76](#)).

### STABILITÉ RÉSIDENTIELLE

La recherche d'un logement ou d'un lieu d'hébergement favorise le succès d'un traitement; la guérison demeure fondamentale. Les options doivent être discutées avec la personne le plus rapidement possible.

Les logements et les hébergements disponibles, ainsi que les mécanismes pour y accéder, varient grandement d'une région à l'autre. Plusieurs programmes sont disponibles pour les personnes en situation d'itinérance dans le milieu communautaire, le réseau de la santé et des services sociaux et le secteur de l'habitation ([76](#)).

### OBTENTION DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE

Lorsqu'une personne en situation d'itinérance se présente sans sa carte d'assurance maladie, il est de la responsabilité de l'établissement de l'accompagner dans ses démarches afin qu'elle puisse l'obtenir ([76](#)).

En 2018, le déploiement national du [Processus allégé d'obtention de la carte d'assurance maladie \(CAM\) pour les personnes en situation d'itinérance](#) est venu simplifier la démarche et ainsi permettre aux personnes en situation d'itinérance d'obtenir gratuitement une CAM.

# ANNEXE 4

## APPLICATION DES PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE AU PLATEAU DE SERVICES INTÉGRÉS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE

PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE PRIS EN COMPTE DANS LE CADRE CONCEPTUEL		
Principes (67)	Définition (77)	Nature du lien
Santé et qualité de vie	« Les personnes, la protection de leur santé et l'amélioration de leur qualité de vie sont au centre des préoccupations relatives au développement durable. Les personnes ont droit à une vie saine et productive, en harmonie avec la nature. »	Le Plateau favorise le développement de milieux de vie sains et sécuritaires, tant pour les personnes utilisatrices de services que pour le personnel, en offrant des alternatives à l'hospitalisation et en promouvant l'adoption de saines habitudes de vie et l'expérience positive de soins et services. Une attention est portée à l'expérience et au bien-être du personnel au sein du Plateau, en reconnaissant que leur santé et leur qualité de vie au travail sont essentielles à une prestation de soins de qualité.
Équité et solidarité sociales	« Les actions de développement doivent être entreprises dans un souci d'équité intra et intergénérationnelle ainsi que d'éthique et de solidarité sociales. »	Le Plateau favorise l'équité et la solidarité sociales en offrant des services accessibles et adaptés aux besoins diversifiés de la population, en considérant les besoins particuliers des populations vulnérables. Le Plateau promeut la solidarité en impliquant les proches et la communauté dans le processus de rétablissement, en respectant l'éthique et les droits des personnes.
Internationalisation des coûts	« La valeur des biens et des services doit refléter l'ensemble des coûts qu'ils occasionnent à la société durant tout leur cycle de vie, de leur conception jusqu'à leur consommation et leur disposition finale. »	Le Plateau est financé par des instances québécoises. L'argent est redistribué aux établissements de santé du Québec, contribuant ainsi au bien-être des individus et des collectivités. Ce financement local pour des services locaux favorise l'économie québécoise et assure un retour significatif à la population en matière de soins et services. Le Plateau vise une performance optimale en mettant en place des mesures pour démontrer son efficacité économique.

## PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE PRIS EN COMPTE DANS LE CADRE CONCEPTUEL

Principes (67)	Définition (77)	Nature du lien
Protection de l'environnement	« Pour parvenir à un développement durable, la protection de l'environnement doit faire partie intégrante du processus de développement. »	<p>En fonction des réalités régionales, il est recommandé que les établissements déployant le Plateau mettent en place des efforts concrets pour minimiser ses impacts environnementaux. Ces efforts peuvent inclure l'optimisation des transports liés aux déplacements des personnes utilisatrices et du personnel, par exemple en planifiant efficacement les itinéraires et en encourageant l'utilisation de modes de transport alternatifs et plus écologiques lorsque possible (covoiturage, transports en commun, véhicules électriques ou hybrides, vélos pour les courtes distances, etc.). Il est également souhaitable de diminuer la quantité de matières résiduelles générées, en appliquant le principe des 3RV (réduction, réutilisation, recyclage, valorisation) dans la gestion des fournitures et des équipements médicaux, lorsque c'est sécuritaire. L'adoption d'une politique d'achat écoresponsable visant à minimiser l'empreinte écologique du Plateau est aussi encouragée. Il est recommandé de réduire la consommation d'énergie dans les locaux utilisés, notamment par l'utilisation d'équipements écoénergétiques et la sensibilisation du personnel. L'utilisation réfléchie des technologies de l'information pour soutenir des soins innovants et écoresponsables est préconisée, en gardant à l'esprit leur impact environnemental et en cherchant à le minimiser. L'intégration de ces efforts dans la planification et le fonctionnement quotidien du Plateau, avec un suivi régulier, est encouragée.</p>
Efficacité économique	« L'économie du Québec et de ses régions doit être performante, porteuse d'innovation et d'une prospérité économique favorable au progrès social et respectueuse de l'environnement. »	<p>Le Plateau vise l'efficience de ses ressources matérielles, humaines et financières, contribuant ainsi au développement économique responsable des régions. L'utilisation judicieuse des ressources est au cœur de la mise en œuvre des services de proximité. Cela implique une gestion rigoureuse et responsable des ressources, en veillant à optimiser leur utilisation tout en maintenant la qualité des soins. Cela vise à assurer une saine gestion des fonds publics et à maximiser les retombées positives pour les personnes et les communautés desservies. En privilégiant une allocation efficiente des ressources, le Plateau cherche à offrir des services adaptés aux besoins locaux tout en contribuant à la pérennité et à la durabilité du système de santé. Cela favorise l'optimisation des pratiques à tous les niveaux en utilisant systématiquement les données recueillies et l'expérience acquise pour ajuster les services. Des mécanismes de collecte de données, d'évaluation des pratiques et de rétroaction continue sont mis en place, permettant d'identifier rapidement les pistes d'amélioration. Cette approche vise à accroître la performance économique du Plateau tout en stimulant l'élaboration de solutions novatrices dans les soins et services en santé mentale.</p>

## PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE PRIS EN COMPTE DANS LE CADRE CONCEPTUEL

Principes (67)	Définition (77)	Nature du lien
Participation et engagement	« La participation et l'engagement des [citoyennes et] citoyens et des groupes qui les représentent sont nécessaires pour définir une vision concertée du développement et assurer sa durabilité sur les plans environnemental, social et économique. »	<p>Le Plateau favorise la participation et l'engagement à plusieurs niveaux. Il encourage l'intégration des personnes utilisatrices et des partenaires dans la mise en place des services et collabore directement avec ces personnes, de même qu'avec les proches. Le Plateau invite les équipes dans une démarche de consultation des communautés, impliquant activement les organismes communautaires dans ses processus. Cette approche inclusive vise à renforcer l'engagement des communautés, assurant ainsi que les services offerts répondent véritablement aux besoins et aux attentes de la population desservie. Cette collaboration étendue permet de bénéficier d'une diversité de perspectives et d'expertises, enrichissant la qualité et la pertinence des soins et services proposés. Le Plateau reconnaît l'importance de l'engagement et de l'expertise de son personnel. Il encourage la mise en place des mécanismes de reconnaissance et de soutien pour en valoriser l'expérience et les contributions. L'utilisation de l'écriture inclusive dans les communications du Plateau reflète son engagement envers l'équité et la représentation de toutes les parties impliquées. Cette collaboration étendue et cette reconnaissance à tous les niveaux permettent de bénéficier d'une diversité de perspectives et d'expertises, enrichissant la qualité et la pertinence des soins et services proposés.</p>
Accès au savoir	« Les mesures favorisant l'éducation, l'accès à l'information et la recherche doivent être encouragées de manière à stimuler l'innovation ainsi qu'à améliorer la sensibilisation et la participation effective du public à la mise en œuvre du développement durable. »	<p>Le Plateau incarne le concept de système de santé apprenant en mettant en pratique une approche intégrée d'accès au savoir, encourageant la formation continue basée sur les données probantes. Le Plateau reconnaît l'importance de la collaboration avec le secteur de la recherche et s'efforce de développer des liens dans ce domaine. Cela vise à favoriser des échanges entre la pratique clinique, la formation et la recherche, dans le but d'améliorer continuellement les soins et les services.</p>
Subsidiarité	« Les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité. Une répartition adéquate des lieux de décision doit être recherchée, en ayant le souci de les rapprocher le plus possible des [citoyennes et] citoyens et des communautés [concernées et] concernés. »	<p>Le Plateau favorise la subsidiarité en rapprochant les soins et les prises de décision au plus près des personnes utilisatrices et de leurs groupes d'appartenance. Les équipes qui déploient le Plateau sont encouragées à impliquer des personnes et proches partenaires. Cette approche permet une meilleure adaptation aux réalités locales et aux besoins spécifiques des personnes en situation de crise de santé mentale. Les équipes du Plateau, travaillant directement dans la communauté ou en étroite collaboration avec celle-ci, sont en mesure de prendre des décisions rapides et adaptées, en impliquant activement les personnes utilisatrices et leurs proches dans le processus de soins et services. Cette proximité favorise également une meilleure compréhension des ressources locales disponibles et une collaboration plus étroite avec les partenaires communautaires, permettant ainsi une utilisation optimale des services existants et une réponse plus efficace aux besoins de la population.</p>

## PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE PRIS EN COMPTE DANS LE CADRE CONCEPTUEL

Principes (67)	Définition (77)	Nature du lien
Partenariat et coopération inter-gouvernementale	« Les gouvernements doivent collaborer afin de rendre durable le développement sur les plans environnemental, social et économique. Les actions entreprises sur un territoire doivent prendre en considération leurs impacts à l'extérieur de celui-ci. »	Le Plateau collabore activement avec divers partenaires, tels que les organismes communautaires. Cette coopération vise à mettre en commun les connaissances et à élaborer des initiatives conjointes pour réduire l'incidence environnementale des services de santé mentale tout en améliorant leur efficacité et leur accessibilité. Les établissements sont encouragés à collaborer avec les Premières Nations de leur territoire lorsque cela est pertinent, afin d'assurer une prestation de services culturellement adaptée et inclusive. Il est recommandé aux établissements de développer des partenariats avec les établissements des territoires adjacents, favorisant ainsi le partage d'expertise et l'optimisation des ressources à une échelle régionale plus large.
Prévention	« En présence d'un risque connu, des actions de prévention, d'atténuation et de correction doivent être mises en place, en priorité à la source. »	Le Plateau adopte une approche préventive multidimensionnelle. Il offre des alternatives à l'hospitalisation, ce qui permet de prévenir certains effets environnementaux liés à l'hospitalisation régulière et de réduire les répercussions sociales potentielles. Cette stratégie vise la prévention des rechutes et de l'aggravation de l'état de santé des personnes utilisatrices. En ce qui concerne la gestion de risque, le Plateau met l'accent sur des interventions précoces et adaptées, favorisant ainsi le maintien dans la communauté et limitant le recours à l'hospitalisation. Privilégier des interventions moins intrusives et plus personnalisées favorise une expérience positive de soins aux personnes. Le Plateau s'appuie sur la mise en place de filets de sécurité robustes pour gérer les risques de manière proactive et moins stigmatisante. Cela contribue à améliorer la qualité de vie des personnes utilisatrices, tout en optimisant le recours à des ressources de santé.
Précaution	« Lorsqu'il y a un risque de dommage grave ou irréversible, l'absence de certitude scientifique complète ne doit pas servir de prétexte pour remettre à plus tard l'adoption de mesures effectives visant à prévenir une dégradation de l'environnement. »	Dans ces actions, le Plateau s'assure d'anticiper et de prévenir d'éventuelles répercussions, même en l'absence de certitudes scientifiques absolues. Le Plateau s'efforce d'équilibrer innovation et prudence, adoptant des mesures proportionnées pour atténuer les risques tout en poursuivant l'amélioration continue des soins. Cette démarche réflexive et itérative, caractéristique d'un système apprenant, permet d'ajuster les pratiques en fonction des nouvelles connaissances et des retours d'expérience, assurant ainsi une prise en charge responsable et évolutive des personnes utilisatrices.
Production et consommation responsables	« Des changements doivent être apportés dans les modes de production et de consommation en vue de rendre ces dernières plus viables et plus responsables sur les plans social et environnemental, entre autres par l'adoption d'une approche d'écoefficience, qui évite le gaspillage et qui optimise l'utilisation des ressources. »	Le Plateau favorise l'adoption de pratiques viables et responsables sur les plans social et environnemental. Cela se traduit notamment par une utilisation efficiente des ressources financières, matérielles et humaines, la réduction du gaspillage et la priorisation de la réparation des équipements lorsque possible avant l'achat de nouveaux articles. Ces pratiques s'inscrivent dans une approche d'écoefficience, visant à optimiser l'utilisation des ressources tout en minimisant l'incidence environnementale des activités du Plateau.

# LEXIQUE

## Communauté

Une communauté est un groupe de personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Les membres ont, dans une certaine mesure, conscience de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire ([78](#)).

## Coordination des soins et services

La coordination est la capacité de mettre en lien de manière synchronisée les personnes et les services afin d'accomplir un ensemble de tâches et d'assurer une offre de services cohérente centrée sur les personnes utilisatrices tout au long de la trajectoire. Elle renvoie également à la capacité de répondre aux besoins des personnes et de la population, d'améliorer leur état de santé global (physique, mentale, sociale et environnementale) et d'atteindre les objectifs de performance de l'organisation ([79, 80](#)).

## Crise en santé mentale

La crise en santé mentale est une expérience propre à chaque personne, ancrée dans un contexte, marquée par une escalade d'émotions, de pensées et de comportements interférant avec son fonctionnement social, professionnel et/ou interpersonnel. Bien que les limites de la crise puissent être floues, cette expérience peut commencer par une perte de référents structurels et interprétatifs et aboutir au développement d'une nouvelle structure avec différents stades d'escalade et d'équilibre entre les deux ([81](#)).

## Décision partagée

« La décision partagée est une approche de soutien à la décision avec [la personne utilisatrice] largement documentée sur le plan scientifique, notamment par la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et application des connaissances. Outre la participation de [la personne], elle nécessite celle de [sa ou de] son médecin, [d'intervenantes et] d'intervenants et de [professionnelles et] professionnels. Elle a comme point de départ une décision pour laquelle des options sont possibles, y compris celle de ne rien faire. Pour prendre cette décision, des données scientifiques valides et disponibles sont présentées pour chacune des options et sont discutées en équipe pour mettre en évidence les avantages (les bénéfices) et les inconvénients (les risques) que comporte chacune d'elles. La décision tient également compte de ce qui importe le plus pour [la personne utilisatrice]. Ainsi, ses valeurs, ses attentes et ses préférences sont au cœur de cette approche. Ce processus décisionnel répond aussi aux attentes des [personnes utilisatrices] qui se trouvent dans un contexte empreint d'incertitude, notamment lorsqu'il y a peu ou pas de preuves scientifiques pour appuyer la décision ([82](#)). »

## Estimer

Prendre en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments. En prévention du suicide, la finalité de l'estimation vise à déterminer à la fois le niveau de risque suicidaire et les mesures de sécurité associées.

## Filet de sécurité

Ensemble de mesures préventives, de stratégies et de ressources à mettre en place pour assurer la sécurité de la personne en situation de crise.

## **Intégration des soins et des services**

L'intégration des soins et des services repose sur une approche de santé globale en matière d'intervention auprès des personnes et des communautés. Les parties prenantes intersectorielles se dotent d'une structure qui favorise une intégration des services de santé et des services sociaux. Cette organisation de services favorise une meilleure accessibilité et continuité des services à proximité des milieux de vie au moment opportun (82).

## **Membres de l'équipe**

L'ensemble des membres de l'équipe, dont le personnel infirmier, le personnel psychosocial, les psychiatres, les pharmaciennes ou pharmaciens, le personnel administratif et les gestionnaires.

## **Membres de l'équipe clinique**

Personnel clinique de l'équipe, à l'exclusion du personnel administratif et des gestionnaires.

## **Orientation**

L'orientation sert à explorer avec la personne des stratégies d'aide appropriées et des pistes de solutions selon sa situation et ses besoins, de façon à répondre à ses questions. L'orientation consiste aussi à lui fournir l'information factuelle nécessaire sur les services disponibles au sein des établissements du RSSS, dans la communauté ou dans tout autre établissement sociosanitaire lorsque le recours à ces services est jugé approprié (83).

## **Partenaires**

Organisation avec laquelle une autre organisation collabore pour atteindre des objectifs convenus en commun (84). Plus précisément, dans ce document, le terme « partenaires » fait référence aux services du RSSS (p. ex. : cliniques PPEP, urgences), aux organismes communautaires (p. ex. : centres de crise, dépannage alimentaire) ou à d'autres services offerts dans la communauté (p. ex. : services policiers).

## **Plateau**

Dans ce document, le Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale inclut les services Accompagnement bref dans la communauté (ABC), Unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP) et Traitement intensif bref à domicile (TIBD).

## **Proches**

« La notion de proche est envisagée dans une perspective globale et inclusive. Ainsi, l'appellation proche peut désigner largement [l'ensemble des] membres de la famille (biparentale intacte, séparée ou recomposée) ainsi que [la conjointe ou] le conjoint, la parenté, les [amies et] amis, [le voisinage], les [employeuses et] employeurs, les collègues de travail, etc. Leur implication peut parfois se présenter par un soutien intensif ou encore une présence discrète, mais constante. Les proches sont [identifiées et] identifiés par la personne et constituent son réseau de soutien dans son regard à elle (61). »

## **Réadaptation**

La réadaptation vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes présentant des problèmes importants de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. La réadaptation peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales (82).

## **Référence**

Mesure personnalisée consistant à procéder à une recommandation directe de la personne auprès du service le plus apte à l'aider à résoudre les difficultés avec lesquelles elle est aux prises. La référence est réalisée au moyen d'un document papier ou électronique. Elle peut également être réalisé lors d'un appel téléphonique avec une intervenante ou un intervenant en charge de l'accueil (83).

## **Relais**

Action d'orienter la personne utilisatrice et/ou ses proches vers différents services considérant leurs besoins et leur volonté. Le relais peut être effectué à tout moment durant le suivi ABC ou à la fin de l'épisode de services, selon l'intensité de services, afin de maintenir une continuité de services.

## **Repérage**

Le repérage est un processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble, d'un problème ou d'une maladie afin de les orienter vers les services pertinents, notamment par l'utilisation d'outils autoadministrés (83).

## **Santé mentale**

« État de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (85).

## **Services de proximité**

Les services de proximité sont un ensemble de services généraux, spécifiques et spécialisés (santé et social) ainsi que de services de santé publique adaptés aux besoins de la population à l'intérieur d'un territoire ciblé, grâce à l'intervention des partenaires publics, privés et communautaires intrasectoriels et intersectoriels. Les services de proximité sont visibles et connus pour assurer un accès optimal aux ressources de la communauté et du RSSS, en plus de maintenir un lien de confiance avec la population (82).

## **Traitements**

Le traitement est un ensemble de mesures destinées à guérir, à soulager ou à prévenir un trouble. Dans ce cadre, les traitements incluent la pharmacothérapie, la psychothérapie et les autres types d'interventions (83).

## **Trajectoire de soins et services**

La trajectoire de soins et services est une portion du parcours d'un regroupement de personnes utilisatrices ayant une condition clinique ou un profil similaire. La trajectoire intègre de manière transversale les mécanismes d'accès, les interventions de promotion de la santé, de prévention, d'évaluation/d'investigation/d'orientation, de traitement, de suivi/d'accompagnement et de soutien en fin de vie. Les étapes de la trajectoire nécessitent une coordination en interdisciplinarité par les personnes utilisatrices, le personnel intervenant et professionnel et les partenaires sur le territoire de desserte (86).

## **Trouble de santé mentale**

État de santé qui se caractérise par l'altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, qui perturbe le fonctionnement de la personne et entraîne de la détresse (87).

