

# **Bilan 2007-2008**

**Projet pilote du comité de coordination  
nationale des urgences en santé mentale  
sur le territoire du Centre de santé et de  
services sociaux de Trois-Rivières**

**Août 2008**

**Québec** 

## Rédaction

---

**Madame Véronique Arès**, conseillère au programme santé mentale  
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

*La plupart des participants ont collaboré à la rédaction du document.*

## Correction et mise en page

---

**Madame Odile Raiche**, agente administrative  
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

*Un merci particulier :*  
Au comité de travail du projet

---

**Madame Line Routhier**, coordonnatrice du programme santé mentale  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

**Madame Lise Bergeron**, directrice santé physique, santé mentale,  
déficience intellectuelle et dépendances  
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

**Monsieur Michel Simard**, directeur  
Centre le Havre

**Monsieur André Sauvé**, chef du programme secteur santé mentale adulte  
Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

**Docteur Michel Gervais**, médecin-conseil en santé mentale  
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

**Monsieur Guy Godin**, conseiller au programme santé mentale  
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

## À tous les partenaires qui ont contribué à l'avancement du projet

---

Comité de coordination nationale des urgences

Ministère de la Santé et des Services sociaux

La direction du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

# Table des matières

---

<b>Sommaire exécutif .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Mise en contexte .....</b>	<b>9</b>
2.1 Historique du projet .....	9
2.2 Réalité territoriale .....	9
2.3 L'objectif du projet.....	11
<b>3. Démarche du projet .....</b>	<b>11</b>
3.1 Dates importantes.....	11
3.2 Plan d'action.....	12
3.3 Coûts .....	14
<b>4. Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR pour l'année 2007-2008.....</b>	<b>16</b>
4.1 Cibles du MSSS pour le projet pilote 2007-2008 .....	16
4.2 Résultats au 31 mars 2008 .....	16
<b>5. Évaluation des mesures implantées .....</b>	<b>21</b>
5.1 Évaluation de l'impact de la formation en psychiatrie destinée aux 21 omnipraticiens du territoire de Trois-Rivières .....	21
5.2 Accélérer la mise en place de psychiatres répondants par les deux mesures de soutien suivantes .....	22
5.2.1 Augmentation du PEM en psychiatrie du CHRTR.....	22
5.2.2 Ajout de psychiatres dépanneurs.....	22
5.3 Évaluation du fonctionnement du système d'intervention en situation de crise, principalement au niveau de la définition de ce qu'est une crise et des critères de sortie terrain .....	22
5.4 Consolidation du Centre le Havre de Trois-Rivières.....	24
5.5 Élaboration d'une trajectoire de l'utilisation de l'urgence hospitalière du CHRTR .....	25
5.5.1 Analyse des facteurs influençant la DMS .....	25
5.5.2 Portrait de la clientèle consultant à l'urgence .....	26
5.5.3 Élaboration de la trajectoire .....	28
5.5.4 Agent de liaison CSSSTR et urgence CHRTR.....	29
5.6 Implantation d'un guichet d'accès aux services en santé mentale pour le territoire.....	29

5.7	Affectation d'une infirmière clinicienne de deuxième ligne (1 ETC), pour gérer la prise en charge des clients référés en 2 <sup>e</sup> ligne par le guichet d'accès.....	30
5.8	Diffusion sur le territoire de Trois-Rivières du document de référence régional en matière de SIV .....	31
5.9	Mise en œuvre du programme de formation SIV pour le territoire de Trois-Rivières .....	31
5.10	Augmentation du nombre d'intervenants SIV par l'ajout de quatre postes ETP.....	32
5.11	Élaboration d'un formulaire unique de compilation des données clientèles .....	33
5.12	Mise en place d'une ligne partenaire .....	33
5.13	Enquête réalisée par le Centre le Havre sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières, référés par le CHRTR et le CSSSTR.....	34
<b>6.</b>	<b>Constats au terme du projet .....</b>	<b>36</b>
<b>7.</b>	<b>Recommandations et pistes d'actions .....</b>	<b>37</b>
<b>8.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 :	Mesures retenues dans le cadre du projet pilote .....	13
Tableau 2 :	Coût des pistes d'action.....	15
Tableau 3 :	Cibles du MSSS .....	16
Tableau 4 :	Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR 2007-2008 (selon SIURGE).....	17
Tableau 5 :	Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR 2007-2008 (santé mentale pur) .....	18

## Liste des graphiques

Graphique 1 :	Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / durée moyenne de séjour CHRTR (santé mentale pur) .....	17
Graphique 2 :	Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 24 heures CHRTR.....	19
Graphique 3 :	Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 48 heures CHRTR.....	20
Graphique 4 :	Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 120 heures CHRTR .....	20

## Listes des annexes

Annexe 1 :	Diagnosics compilés dans la catégorie "diagnosics santé mentale pure"
Annexe 2 :	Évaluation des variables déterminant la DMS au CHRTR
Annexe 3 :	Consultations à l'urgence en santé mentale Centre le Havre
Annexe 4 :	Proposition de la trajectoire de services en santé mentale en lien avec l'urgence du CHRTR
Annexe 5 :	Projet CCNU, agent de liaison CSSSTR/CHRTR
Annexe 6 :	Hiérarchisation des services
Annexe 7 :	Trajectoire des services en santé mentale pour les adultes de Trois-Rivières
Annexe 8 :	Formulaire de demande de consultation Programme santé mentale adulte
Annexe 9 :	Enquête sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières - Centre le Havre
Annexe 10 :	Quelques pistes en vue d'un plan d'action pour la période 2008-2009

## Liste des acronymes

---

<b>ASSMCQ</b>	Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
<b>CCNU</b>	Comité de coordination nationale des urgences
<b>CHRTR</b>	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
<b>CSSSE</b>	Centre de santé et des services sociaux de l'Énergie
<b>CSSSTR</b>	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DSP</b>	Directeur des services professionnels
<b>ETC</b>	Équivalent temps complet
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>PASM</b>	Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens
<b>PEM</b>	Plan d'effectifs médicaux
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>SM</b>	Santé mentale
<b>SIM</b>	Suivi intensif en équipe dans le milieu
<b>SIURGE</b>	Système d'information pour la gestion des services d'urgence
<b>SIV</b>	Soutien d'intensité variable

## Sommaire exécutif

---

En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux a identifié cinq établissements, dont le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), pour la mise en place de projets pilotes visant le désengorgement des urgences, projets qui étaient axés sur la clientèle vivant des problèmes de santé mentale. Le choix des établissements a été fait à partir de la situation particulière de la congestion des urgences hospitalières par la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

L'hypothèse retenue suppose que le déploiement de différentes mesures et services prônés par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* (PASM), aura un effet direct sur les principaux indicateurs de performance de l'urgence pour la clientèle santé mentale du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) (durée moyenne de séjour (DMS), 48 heures, proportion de la clientèle en santé mentale versus l'ensemble de la clientèle).

Au terme du projet, treize mesures ont été définies. Au total, dix mesures ont été réalisées et trois sont en voie de réalisation ou ont été reportées. Les trois principales mesures étant :

- La mise en place du Guichet d'accès en santé mentale afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité des services :
  - élaboration de la trajectoire de service en santé mentale pour les adultes de Trois-Rivières ;
  - recrutement d'une infirmière clinicienne de 2<sup>e</sup> ligne équivalent temps complet afin de gérer la prise en charge des clients référés en 2<sup>e</sup> ligne par le guichet d'accès.
- La consolidation des services d'hébergement de crise afin de permettre le maintien de 9 lits supplémentaires disponibles et de revoir les protocoles d'ententes.
- Les services de liaison entre les différents partenaires afin d'améliorer l'arrimage et la continuité des services pour les partenaires :
  - élaboration d'un formulaire unique de compilation des données clientèles ;
  - mise en place d'une ligne partenaire en santé mentale ;
  - agent de liaison entre le CSSSTR et le CHRTR.

Au terme de la démarche, nous pouvons conclure que l'accélération de la mise en place du PASM semble avoir contribué en partie à diminuer la DMS. D'ailleurs, nous constatons une plus grande diminution lorsque nous calculons la DMS en isolant uniquement les cas de santé mentale. Toutefois, nous observons que le PASM n'est pas le seul et unique levier. En effet, plusieurs autres variables doivent être prises en compte telles que le nombre d'effectifs médicaux sur notre territoire, la façon de catégoriser la clientèle santé mentale, les pratiques à l'interne au CHRTR, le volume d'entrée de la clientèle à l'urgence, etc.

En plus d'avoir contribué à la diminution de la DMS, le projet pilote a favorisé l'accélération de l'implantation du PASM, la mise en réseau des partenaires et a eu un effet positif sur l'arrimage et la continuité des services. Plus spécifiquement, le projet a permis :

- L'amélioration et la continuité des services entre les acteurs concernés par la création d'une ligne partenaire et d'un formulaire unique de compilation des données pour la clientèle du CHRTR et du CSSSTR.
- L'arrimage des services de première et deuxième ligne et l'augmentation de la fluidité des services à la population par la mise en place du guichet d'accès et l'assignation de l'infirmière de liaison de la 2<sup>e</sup> ligne.
- La consolidation de la mission du Centre le Havre et l'évitement de la rupture de service de la trajectoire santé mentale.
- La bonification de la liaison entre l'urgence et le CSSSTR par l'implication à l'urgence d'un intervenant de soutien d'intensité variable du Centre de santé.
- L'analyse de la trajectoire prise par la clientèle santé mentale et la validation des hypothèses soulevées.
- Plusieurs rencontres de concertation ont eu lieu afin de créer ou bonifier les outils nécessaires.

Il nous a également permis d'avoir une meilleure lecture des variables influençant la DMS. D'ailleurs, nous avons maintenant une vision suffisamment claire pour structurer davantage les démarches à venir et cibler des actions significatives. En ce sens, il a été convenu que le comité de travail se rencontre à l'automne dans le but de proposer des actions concrètes afin de poursuivre le travail amorcé. Cependant, même si le projet ne se poursuit pas de façon formelle, il n'en demeure pas moins que les mesures mises en place ont eu, sans contredit un effet bénéfique et leur continuité est assurée au-delà du projet par le financement qui a été octroyé par l'Agence.

## **1. Introduction**

---

En 2007-2008, le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR), le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), le Centre le Havre, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec (ASSSMCQ) ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont participé à la mise en œuvre d'un projet pilote du comité de coordination nationale des urgences (CCNU) visant le désengorgement de l'urgence hospitalière pour la clientèle santé mentale (SM) du CHRTR. Ce document dresse le bilan de ce projet pilote. Il permettra de situer sa raison d'être, les démarches réalisées, de présenter l'analyse des résultats et de faire ressortir les différents constats et recommandations.

## **2. Mise en contexte**

---

### **2.1 Historique du projet**

En 2007, le MSSS a identifié cinq établissements dans quatre régions différentes pour la mise en place de projets pilotes. Ces projets visent le désengorgement des urgences concernant la clientèle vivant des problèmes de santé mentale. Le choix des établissements ciblés a été fait à partir de la situation particulière de la congestion des urgences hospitalières par la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Trois grands critères ont été utilisés pour identifier les établissements cibles :

- le nombre de 48 heures et plus pour cette clientèle ;
- la durée moyenne de séjour sur civière ;
- le pourcentage de civières occupées par cette clientèle sur le nombre total de civières.

### **2.2 Réalité territoriale**

Le CHRTR dessert les territoires des CSSS de Trois-Rivières, Maskinongé, Vallée-de-la-Batiscan et Nicolet-Bécancour-Yamaska pour une population totale de 220 262.

Le territoire de Trois-Rivières représente 59 % de cette population totale. Il a été retenu entre autres, parce que la situation en santé mentale à l'urgence du CHRTR s'est améliorée de façon significative et du fait que le suivi intensif dans le milieu (SIM) est pleinement opérationnel depuis plusieurs années.

Aussi, il est important de souligner que plusieurs éléments déjà en place facilitent la mise en oeuvre du projet pilote :

- Le regroupement sur un même site de l'ensemble des services externes en psychiatrie et santé mentale du territoire. Depuis 2007, on retrouve en un même lieu :
  - les équipes de première ligne du CSSSTR ;
  - l'équipe de 2<sup>e</sup> ligne du CHRTR (service externe en psychiatrie) ;
  - l'équipe de 2<sup>e</sup> ligne du CSSSÉ (suivi intensif dans le milieu).
- La réorganisation du département de psychiatrie du CHRTR : mise en place d'une unité d'hospitalisation brève, de cliniques spécialisées (TPL et jeunes psychotiques).
- La réalisation d'un programme de formation pour les omnipraticiens de la région (près de 90 médecins formés, dont 21 du territoire de Trois-Rivières).
- L'implantation d'une ressource d'hébergement communautaire de crise, pour la clientèle suicidaire « Accalmie aide et accompagnement ».
- La présence de services de crise 24/7 écoute téléphonique, intervention terrain, suivi court terme, hébergement de crise.
- La mise en place d'un groupe de travail régional portant sur la définition d'une vision commune de ce qu'est un guichet d'accès en santé mentale.

Toutefois, notons également que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec fait face depuis plusieurs années à un déficit très important en matière d'effectifs médicaux. Ce déficit touche autant la médecine générale que certaines spécialités, dont la psychiatrie. En effet, le territoire du CSSS de Trois-Rivières doit aussi composer avec un manque important d'omnipraticiens et de psychiatres. De plus, un des deux médecins pratiquant en première ligne santé mentale au CSSS de Trois-Rivières a quitté ses fonctions au cours de la dernière année. Seulement sur ce territoire, il y aurait environ 84 équivalents temps complet (ETC) à combler en 2008-2009 en omnipratique selon le profil de pratique établi par les directeurs des services professionnels (DSP) du CHRTR et du CSSSTR.

## 2.3 L'objectif du projet

Le projet pilote sur le territoire du CSSSTR vise la diminution de la fréquentation de l'urgence hospitalière du CHRTR par les personnes vivant des problèmes de santé mentale.

L'hypothèse retenue suppose que le déploiement de différentes mesures et services prônés par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens* (PASM), aura un effet direct sur les principaux indicateurs de performance de l'urgence pour cette clientèle particulière (durée moyenne de séjour (DMS), 48 heures, proportion de la clientèle en santé mentale versus l'ensemble de la clientèle).

## 3. Démarche du projet

---

### 3.1 Dates importantes

Le projet a pris réellement forme le 21 février 2007 à la suite d'une rencontre entre le MSSS, le CCNU et les différents acteurs du territoire de Trois-Rivières. Étaient présents :

<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>CSSSTR</b> M. Jacques Longval Directeur général Mme Lise Bergeron Directrice santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendances M. André Sauvé Chef de programme secteur santé mentale adulte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>CHRTR</b> M. Jean Bragagnolo Directeur général Dr Yves Lamirande Directeur des services professionnels M. Daniel Lecoœur Chef de département de psychiatrie Mme Line Routhier Coordonnatrice du programme santé mentale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Agence de la santé</b> M. Michel Gervais Directeur des services de santé et des affaires médicales Dr Michel Gervais Médecin-conseil en santé mentale M. Guy Godin Conseiller au programme santé mentale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>MSSS</b> Mme Josée Lepage Adjointe au directeur Dr André Delorme Directeur de la santé mentale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>CCNU</b> Dr Jacques Brunet Médecin-conseil M. Jocelyn Cayer Coordonnateur</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>CSSSÉ</b> Mme Lucie Gauthier Directrice santé mentale</li></ul>

À la fin de la rencontre, tous se sont entendus pour s'engager concrètement dans l'élaboration d'un projet pilote. Chaque organisme a désigné au moins une personne pour participer aux travaux. Le comité de travail piloté par l'Agence était alors formé de :

- Mme Lise Bergeron, CSSSTR
- M. André Sauvé, CSSSTR
- Mme Line Routhier, CHRTR
- Mme Lucie Gauthier (ou une remplaçante), CSSSE
- Monsieur Michel Simard, Centre le Havre
- Dr Michel Gervais, ASSSMCQ
- M. Guy Godin (animation des travaux), ASSSMCQ

Étant donné que les mesures mises en place ne concernaient pas le volet mission régional du Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (CSSSE), madame Gauthier n'a pas eu à se joindre au comité de travail. En cours d'année, madame Véronique Arès a assuré le remplacement de monsieur Guy Godin au sein de ce comité.

Le 28 mai 2007, le ministère demandait officiellement aux agences de mettre de l'avant les projets pilotes présentés. Suite à cette annonce, l'Agence informait, en juin 2007, le CHRTR et le CSSSTR d'un financement non récurrent associé à l'embauche de quatre intervenants supplémentaires en soutien d'intensité variable (SIV) et d'une infirmière de liaison au guichet d'accès.

En cours de projet, le 19 septembre 2007, l'Agence annonçait que le financement discuté le 26 juin serait permanent afin d'assurer la continuité des mesures.

### **3.2 Plan d'action**

Dans le but d'aider à cibler les actions à mettre en place dans le cadre du projet pilote en lien avec la mise en œuvre du PASM, le ministère a acheminé au comité de travail un outil afin de valider la connaissance de chaque partenaire face aux ressources et aux problématiques existantes sur leur territoire. À partir de cet outil, 12 mesures ont été retenues pour le territoire

de Trois-Rivières et ont été présentées au ministère. Au terme du projet, 13 mesures ont été définies. Les 3 principales étant :

- La mise en place du Guichet d'accès en santé mentale afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité des services :
  - élaboration de la trajectoire de services en santé mentale pour les adultes de Trois-Rivières ;
  - recrutement d'une infirmière clinicienne de 2<sup>e</sup> ligne équivalent temps complet (ETC) afin de gérer la prise en charge des clients référés en 2<sup>e</sup> ligne par le guichet d'accès ;
- La consolidation des services d'hébergement de crise afin de permettre le maintien de 9 lits supplémentaires disponibles et de revoir les protocoles d'ententes.
- Les services de liaison entre les différents partenaires afin d'améliorer l'arrimage et la continuité des services pour les partenaires :
  - élaboration d'un formulaire unique de compilation des données clientèles ;
  - mise en place d'une ligne partenaire en santé mentale ;
  - agent de liaison entre le CSSSTR et le CHRTR ;

On retrouve dans le tableau 1 une synthèse de toutes les mesures retenues dans le cadre du projet pilote. Au total, dix mesures ont été réalisées et trois sont en voie de réalisation ou reportées.

**Tableau 1 : Mesures retenues dans le cadre du projet pilote**

Mesures préliminaires	Échéancier	Réalisé	Coûts
1- Évaluation de l'impact de la formation en psychiatrie destinée aux 21 omnipraticiens du territoire de Trois-Rivières	Mai 2007	√	<i>relié à l'embauche d'un contractuel</i>
2- Accélérer la mise en place de psychiatres répondants par les deux mesures de soutien suivantes : 2.1 Augmentation du plan d'effectifs médicaux (PEM) en psychiatrie du CHRTR 2.2 Ajout de psychiatres dépanneurs	Juin 2007 Mai 2007	Reporté	N/A À définir
3- Évaluation du fonctionnement du système d'intervention en situation de crise, principalement au niveau de la définition de ce qu'est une crise et des critères de sortie terrain.	Juin 2007	En voie de réalisation	<i>Relié à l'embauche d'un chargé de projet</i>

Mesures préliminaires	Échéancier	Réalisé	Coûts
4- Consolidation du Centre le Havre de Trois-Rivières	Avril 2007	√	50 000 \$
5- Élaboration d'une trajectoire de l'utilisation de l'urgence hospitalière du CHRTR	Mai 2007	√	5 000 \$
6- Implantation d'un guichet d'accès aux services en santé mentale pour le territoire	Juin 2007	√	Réorganisation des services en place
7- Affectation d'une infirmière clinicienne de deuxième ligne, (ETP) pour gérer la prise en charge des clients référés par le guichet d'accès	Mai 2007	√	78 000 \$ la part de l'employeur comprise
8- Diffusion sur le territoire de Trois-Rivières du document de référence régional en matière de SIV	Avril 2007	√	Impression et diffusion du document 1 500 \$
9- Mise en œuvre du programme de formation SIV pour le territoire de Trois-Rivières	Avril 2007	Se poursuit en 2008-2009	A définir
10- Augmentation du nombre d'intervenants SIV par l'ajout de 4 postes ETP (postes de professionnels santé et social)	Juin 2007	√	300 000 \$ La part de l'employeur comprise
11- Élaboration d'un formulaire unique de compilation des données clientèles	Automne 2007	√	NA
12- Mise en place d'une ligne partenaire pour faciliter l'arrimage et la continuité des services.	Automne 2007	√	NA
13- Enquête réalisé par le Centre le Havre sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières, référés par le CHRTR et le CSSSTR	Juin 2007	√	5 000 \$

### 3.3 Coûts

Plusieurs actions mises en place au cours du projet n'ont nécessité aucun coût supplémentaire, mais plutôt une réorganisation des services ou un travail de concertation. Le projet pilote pour l'année 2007-2008 aura coûté au total 189 735,55 \$. Étant donné que les actions ciblées découlaient de l'accélération de la mise en place du PASM, l'Agence a, lors des priorités régionales 2007-2008, prévu un montant de 405 455,83 \$ afin d'assurer la continuité de ces mesures au-delà du projet.

Voici le détail des différents coûts inhérents à l'implantation des pistes d'action (tableau 2).

**Tableau 2 : Coût des pistes d'action**

Mesures	Coûts 2007-2008 (Pour la période de P4 à P13)	Financement reconduit en 2008-2009
1- Évaluation de l'impact de la formation en psychiatrie destinée aux 21 omnipraticiens du territoire de Trois-Rivières	5 389,76\$	-
3- Évaluation du fonctionnement du système d'intervention en situation de crise, principalement au niveau de la définition de ce qu'est une crise et des critères de sortie terrain.	-	<i>Relié à l'embauche d'un chargé de projet</i>
4- Consolidation du Centre le Havre de Trois-Rivières	50 000 \$	50 000 \$
5- Élaboration d'une trajectoire de l'utilisation de l'urgence hospitalière du CHRTR	10 000 \$	-
7- Affectation d'une infirmière clinicienne de deuxième ligne (1 ETP) pour gérer la prise en charge des clients référés en 2 <sup>e</sup> ligne par le guichet d'accès	19 599 \$	69 768 \$
8- Diffusion sur le territoire de Trois-Rivières du document de référence régional en matière de SIV	1 410,70 \$	-
9- Mise en œuvre du programme de formation SIV pour le territoire de Trois-Rivières	3 171,09 \$ (9 jours sur 13)	5 989,83 \$
10- Augmentation du nombre d'intervenants SIV par l'ajout de 4 postes ETP (postes de professionnels santé et social)	100 165 \$	279 698 \$
13- Enquête réalisée par le Centre le Havre sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières, référés par le CHRTR et le CSSSTR	Frais inclus mesure 5	-
<b>Total</b>	<b>189 735,55 \$</b>	<b>405 455,83 \$</b>

## **4. Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR pour l'année 2007-2008**

### **4.1 Cibles du MSSS pour le projet pilote 2007-2008**

Le tableau 3 présente les attentes du MSSS au terme du projet. Ces cibles ont été fixées en fonction des résultats de l'année précédente et des cibles des ententes de gestion.

**Tableau 3 : Cibles du MSSS**

DMS en santé mentale Cas civiliers	Condition de départ à la salle d'urgence du CHRTR	Cibles du MSSS 2007-2008
DMS civile globale	19.1 h	16.0 h
% DMS plus de 48 heures	6.2 %	3.5 %
% DMS plus de 24 heures	25.5 %	18 %
% DMS plus de 120 heures	0	0

Notons que la moyenne provinciale de la DMS sur civile en santé mentale en 2006-2007 était de 19,8 heures. Nous sommes donc, au départ du projet pilote, en dessous de la moyenne provinciale.

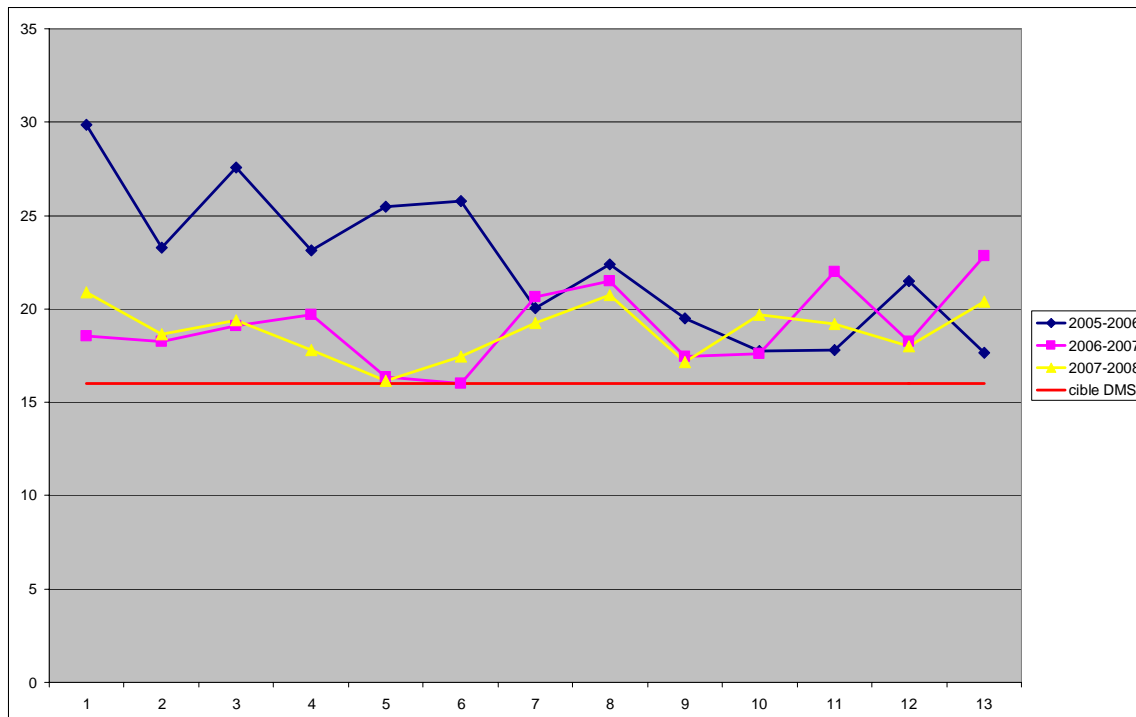
### **4.2 Résultats au 31 mars 2008**

Lorsque nous regardons les résultats de la durée moyenne de séjour du CHRTR des patients sur civile avec diagnostic de santé mentale (tableau 4 et graphique 1), nous pouvons constater, une diminution durant la période du projet pilote de 0.5 heure, et ce, malgré le fait que la cible ne soit pas atteinte. Il est cependant important de mentionner qu'un certain pourcentage de cas documentés dans la catégorie diagnostique « santé mentale », ne relève pas de la juridiction du volet de la santé mentale de l'Agence ou du MSSS. Par exemple, tous les cas de toxicomanie, de démences ou de déficience intellectuelle, bien que traités dans la catégorie diagnostique santé mentale, ne sont pas du ressort de la direction santé mentale et contribuent à augmenter la DMS.

**Tableau 4 : Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR 2007-2008 (selon SIURGE)**

DMS en santé mentale  Cas civiliers	Condition de départ à la salle d'urgence du CHRTR  Moyenne cumulée 2006-2007	Cibles du MSSS 2007-2008  Moyenne cumulée	Résultats 2007-2008  Moyenne cumulée	Résultats du projet pilote au CHRTR  Moyenne cumulée P4 à P13 2007-2008	ÉCART  Entre 2006-2007 et le projet pilote
DMS civilière globale	19.1 h	16 h	18.9 h	18.6 h	-0.5 h
% moyen plus de 48 h	6.2 %	3.5 %	5.3 %	4.6 %	-1.6 %
% moyen plus de 24 h	25.5 %	18 %	25.8 %	25.0 %	-0.5 %
% moyen plus de 120 h	0	0	0	0.1 %	+0.1 %

**Graphique 1 : Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale/durée moyenne de séjour CHRTR (selon SIURGE)**



Nous avons alors tenté d'extraire les résultats de la DMS en 2006 et en 2007 en tenant compte uniquement des diagnostics sur lesquels nous considérons que le PASM aura un effet, soit les cas de santé mentale « pure » (voir annexe 1). Le tableau 5 rend compte des résultats en fonction de cette catégorie.

**Tableau 5 : Résultats du projet pilote à l'urgence du CHRTR 2007-2008 (santé mentale pure)**

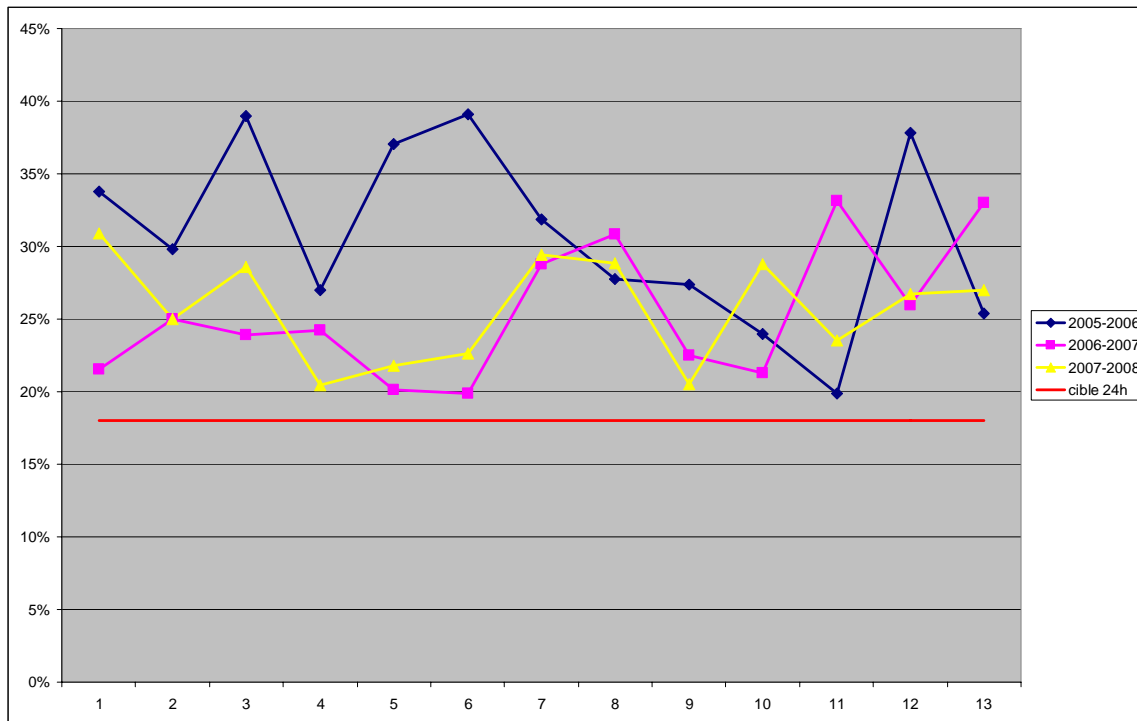
DMS en santé mentale	Condition de départ à la salle d'urgence du CHRTR	Cibles du MSSS 2007-2008	Résultats 2007-2008	Résultats du projet pilote au CHRTR	ÉCART
Cas civiliers	Moyenne cumulée 2006-2007	Moyenne cumulée	Moyenne cumulée	Moyenne cumulée P4 à P13 2007-2008	Entre 2006-2007 et le projet pilote
DMS civile globale	20.51h	16 h	18.41 h	17.89 h	-2.62h

À la lecture de ces nouvelles données (tableau 5), nous constatons qu'en isolant les cas de santé mentale uniquement, et en les comparant aux données initiales, la DMS de départ est plus élevée (20.51 h comparativement à 19.1 h). Toutefois, le résultat durant le projet pilote est inférieur (17.89 h comparativement à 18.6 h). En résumé, si nous tenons compte uniquement des diagnostics de santé mentale, nous atteignons une diminution de 2.62 h de la DMS durant le projet pilote.

Pour ce qui est de la cible du pourcentage de séjour de plus de 24 heures, nous constatons une diminution de 0,5 % durant la période du projet pilote, soit de la période 4 à la période 13 (graphique 2).

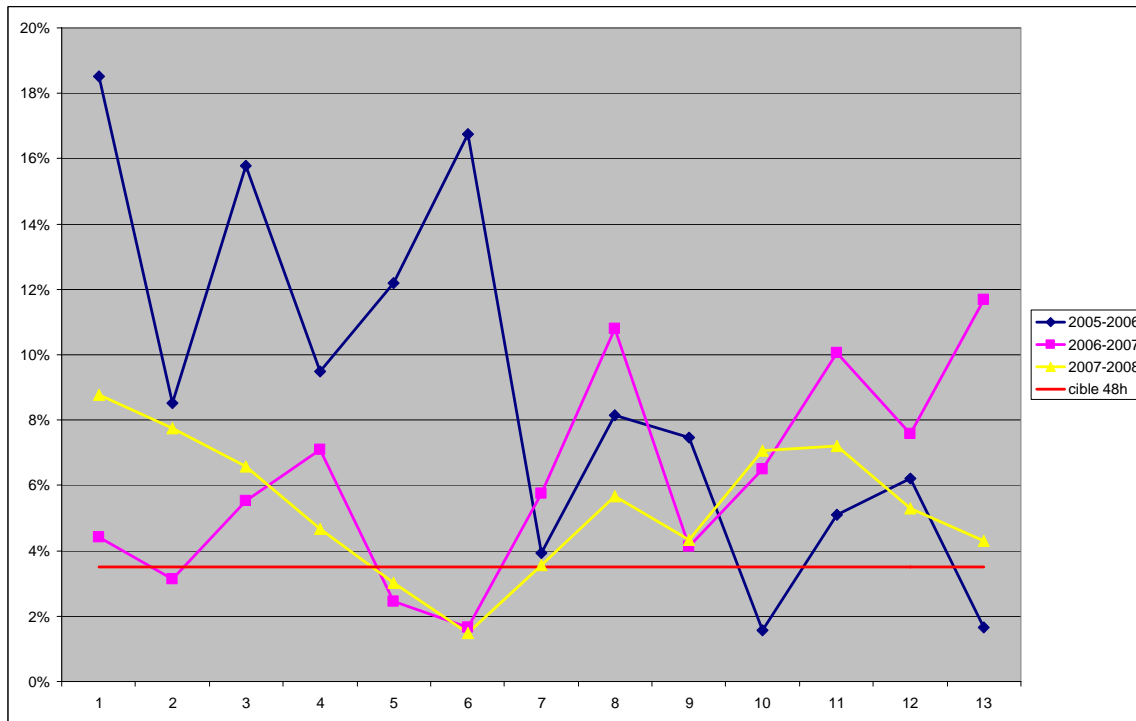
On ne peut donc pas conclure à une diminution significative des séjours de plus de 24 h. Des efforts devront être mis à ce niveau lors de l'élaboration des prochaines actions visant la réduction de la DMS.

**Graphique 2 : Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 24 heures CHRTR**



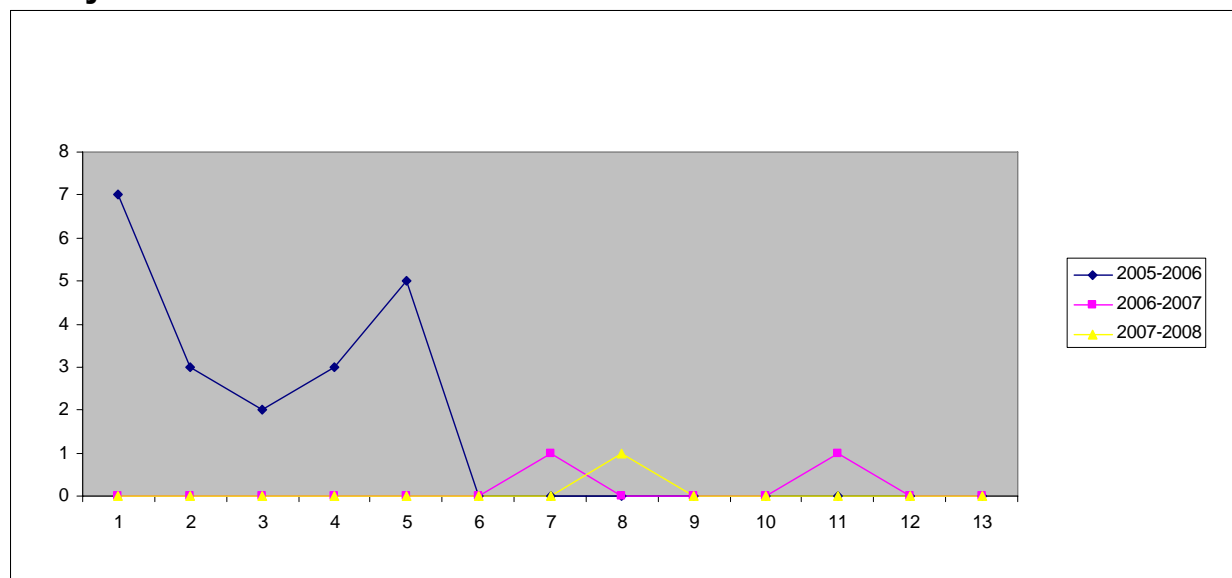
Pour le pourcentage moyen de séjour de plus de 48 heures chez la clientèle santé mentale sur civière, nous notons une diminution de 1.6 % durant la période du projet. Entre la période 4 et la période 13 de 2007-2008, seulement deux périodes ont un pourcentage de séjour plus élevé que l'année dernière (graphique 3).

**Graphique 3 : Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 48 heures CHRTR**



L'objectif d'abolir les durées de séjour de 120 heures et plus a été facilement atteint comme le démontre le graphique 4.

**Graphique 4 : Patients sur civière avec diagnostic de santé mentale / pourcentage de séjour ≥ 120 heures CHRTR**



## 5. Évaluation des mesures implantées

---

La présente section permet de rendre compte de l'impact des treize mesures mises en place dans le cadre de ce projet pilote.

### 5.1 Évaluation de l'impact de la formation en psychiatrie destinée aux 21 omnipraticiens du territoire de Trois-Rivières

#### *Une idée novatrice*

Dans le contexte où la région a un manque important d'omnipraticiens, la prise en charge des clients avec des problèmes de santé mentale par les médecins de la première ligne est problématique.

C'est pour pallier à ce déficit qu'un programme régional de formation en psychiatrie de 28 jours a été offert aux médecins généralistes. Ce programme aura permis de former environ 15 % des omnipraticiens du territoire de Trois-Rivières afin qu'ils interviennent auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Cette piste de solution s'est avérée pertinente pour aider à réduire les effets de la pénurie de psychiatrie sur l'offre régionale de services.

Aussi, l'évaluation de la formation permet de conclure que le programme a répondu aux attentes des participants et qu'il a contribué à développer les compétences et la confiance des médecins omnipraticiens dans le suivi de clientèle ayant un problème de santé mentale. De ce fait, les conclusions de ce rapport démontrent que toute proportion gardée, les médecins ayant reçu la formation (groupe expérimental) suivent plus de patients et rendent davantage de services en santé mentale que les médecins n'ayant pas suivi la formation (groupe témoin).

Il subsiste néanmoins certaines difficultés qui freinent le développement de la pratique médicale :

- Le manque de médecins psychiatres dans la région ainsi que le manque de communication avec ceux-ci.
- L'accès difficile aux services de 2<sup>e</sup> ligne par les médecins omnipraticiens.
- Le manque de coordination des services et le besoin identifié de la présence d'une infirmière pivot.

## **5.2 Accélérer la mise en place de psychiatres répondants par les deux mesures de soutien suivantes**

### **5.2.1 Augmentation du PEM en psychiatrie du CHRTR**

Présentement, le PEM est comblé à 6/7 au CHRTR. Le processus est en cours afin de pouvoir augmenter le PEM à 9 pour l'année 2008-2009.

### **5.2.2 Ajout de psychiatres dépanneurs**

Aucune démarche n'a été effectuée en ce sens dans le cadre du projet pilote. Toutefois, une demande similaire avait été effectuée lors de la radiation temporaire du Dr Mailloux et elle avait été refusée par le MSSS.

Ces mesures étaient prévues afin d'apporter un soutien aux intervenants de première ligne, particulièrement pour les médecins généralistes des territoires. De plus, afin de faciliter les démarches, nous avons bon espoir qu'une entente survienne entre le MSSS et la FMSQ pour la mise en place des psychiatres répondants.

## **5.3 Évaluation du fonctionnement du système d'intervention en situation de crise, principalement au niveau de la définition de ce qu'est une crise et des critères de sortie terrain**

*Des interventions maintenant standardisées et adaptées aux besoins réels*

Déjà en 1999, les *Orientations régionales en santé mentale de la Mauricie et du Centre-du-Québec* prévoyaient la mise en place de services de crise pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ces services sont maintenant déployés et s'articulent autour de quatre grands axes différents :

- Une réponse téléphonique 24/7
- Une intervention immédiate dans le milieu pour les cas urgents nécessitant une intervention humaine directe
- Un suivi court terme 24/48 heures
- Un réseau d'organismes communautaires assurant un hébergement de crise

Dans l'ensemble, ces mécanismes d'intervention fonctionnent bien et répondent aux objectifs fixés, à savoir, soutenir, orienter et, si nécessaire, prendre en charge les personnes vivant des situations de crises. Toutefois, à la lumière des informations recueillies, des améliorations pourraient être apportées, principalement sur deux des volets soient :

- L'intervention immédiate dans le milieu lors des heures d'ouverture des CSSS (de 9 h 00 à 20 h 00) où la disponibilité des ressources d'intervention n'est pas optimale.
- L'hébergement communautaire de crise pour lequel une consolidation des équipes de soir et de nuit est prioritaire pour assurer une utilisation optimale de ces ressources de prise en charge des clientèles en rupture sociale et itinérantes.

Pour ce qui est des sorties terrain, notons que la définition même de ce qu'est une crise et les critères qui devraient déterminer dans quelles circonstances une intervention terrain s'avère nécessaire ne sont pas standardisés. Cette situation amène parfois des interventions qui ne sont pas adaptées aux besoins réels pour lesquels une demande de services est effectuée. Dans ces circonstances, une analyse des demandes de sorties terrain devait être réalisée, afin de s'assurer que ce type d'intervention est utilisé au bon moment et pour les bons besoins. Nous croyons en effet que des améliorations pourraient être apportées, tant par rapport à l'élaboration de protocoles de sortie que de la définition même de ce qu'est une situation de crise, et que cela devrait avoir un impact réel sur le niveau d'utilisation des urgences hospitalières.

En 2007-2008, un document précisant la définition d'une crise et des critères de sorties terrain a été déposé à la table des directeurs santé mentale et dépendance de la région.

Une chargée de projet a été embauchée afin de revoir l'offre de service actuelle des services de crise et proposer des scénarios à l'Agence. Elle s'occupera du projet à temps partiel jusqu'en septembre 2008 et poursuivra par la suite le mandat à temps complet.

## 5.4 Consolidation du Centre le Havre de Trois-Rivières

*Un maillon important dans l'offre de services intégrée  
aux personnes vivant des situations de crise*

Du côté de l'hébergement de crise, le territoire dispose de deux organismes communautaires soient l'Accalmie pour la clientèle suicidaire (9 places) et le Havre (16 places) pour les personnes vivant une problématique de rupture sociale, d'itinérance et de problématiques associées à la santé mentale. La situation du Havre de Trois-Rivières est particulièrement préoccupante. Cet organisme, implanté depuis près de 18 ans, occupe une place centrale dans toute l'organisation de gestion des crises sur le territoire de Trois-Rivières. En effet, le Havre a développé, au cours de toutes ces années, une expertise et un savoir-faire unique dans la région et fait même école dans plusieurs autres régions du Québec. Son directeur est également souvent appelé à présenter son modèle en Europe et ailleurs au Canada. Son approche unique fait en sorte que les personnes hébergées sont accompagnées tout au long de leur processus de réinsertion sociale par des liens étroits, tant avec les établissements du réseau de la santé, qu'avec d'autres organismes préoccupés par l'accès au logement et l'accès au travail. Il s'agit d'une approche systémique qui dépasse largement le simple hébergement temporaire.

Toutefois, malgré un financement récurrent du programme de soutien aux organismes communautaires et une reconnaissance de tous les partenaires du milieu, la situation de cet organisme est encore précaire. Compte tenu de l'importance qu'occupe le Havre sur le territoire de Trois-Rivières pour assurer une offre de services complète et intégrée aux personnes vivant des situations de crise, dont une partie importante vit des problèmes de santé mentale (environ 70 % de la clientèle), il était pertinent de consolider cet organisme et mettre fin à sa précarité. C'est dans cette optique qu'un montant supplémentaire de 50 000 \$ récurrent a été accordé au Centre le Havre. Cette contribution a permis de consolider les ressources humaines du Havre, entre autres, en ajoutant un intervenant le soir et en maintenant 9 lits supplémentaires disponibles.

## 5.5 Élaboration d'une trajectoire de l'utilisation de l'urgence hospitalière du CHRTR

*Une meilleure lecture permet des actions plus ciblées*

Particulièrement dans la région de Trois-Rivières dû entre autres, à la pénurie de médecins généralistes et de psychiatres dont nous avons fait mention plus tôt, les personnes nécessitant des services en santé mentale et autres problématiques connexes, recourent souvent à l'urgence hospitalière pour avoir accès à des services. Toutefois, nous ne disposons pas d'une lecture détaillée de l'utilisation de l'urgence comme porte d'accès aux services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et autres problématiques connexes. Dans cette optique, il nous apparaissait opportun de dresser un portrait actuel et réaliste de la situation par l'élaboration d'une trajectoire d'utilisation de ces services.

### 5.5.1 Analyse des facteurs influençant la DMS

L'Agence de santé a analysé les données recueillies au CHRTR (voir annexe 2). En effet, en collaboration avec le CHRTR, l'Agence voulait recueillir de l'information sur les trajectoires de services affectant les patients se présentant à la salle d'urgence du CHRTR afin :

- d'identifier les cibles d'intervention qui permettraient d'améliorer la durée moyenne de séjour et d'éviter les durées de séjour trop longues ;
  - de pouvoir s'appuyer sur des repères objectifs qui serviraient de balises pour évaluer, de façon prospective, l'impact des mesures qui seraient mises en œuvre en cours de route.
- Cette cueillette de données a permis de relever certains constats :
- Un certain pourcentage des cas documentés dans la catégorie diagnostique « santé mentale » ne relève pas de la juridiction du volet de la santé mentale de l'Agence ou du MSSS. Par exemple, tous les cas de toxicomanie ou de démence, bien que traités dans la catégorie diagnostique santé mentale, ne sont pas du ressort de la direction de la santé mentale. Selon notre évaluation, cette catégorie représenterait entre 20 % et 28 % des cas de la catégorie diagnostique SM et générerait jusqu'à 32 % de la DMS.

- Les facteurs suivants sont associés à une corrélation significative avec la DMS :
  - statut « *Ambulatoire vs Civière* » ;
  - l'admission ;
  - le département où se fait l'admission ;
  - l'âge (surtout X > 65 ans) ;
  - consultation en spécialité ;
  - le diagnostic ;
  - période d'inscription au triage.
  
- Ces variables quant à elles, ont une corrélation nulle à faible avec la DMS :
  - la période administrative ;
  - la priorité (P1 à P5) établie au triage ;
  - le jour de la semaine.
  
- Plusieurs déterminants de la DMS relèvent de mécanismes internes au niveau du CHRTR :
  - le pourcentage de patients couchés sur civière ;
  - les délais de consultation en spécialité ;
  - les délais d'admission ;
  - le département où se fait l'admission.

### **5.5.2 Portrait de la clientèle consultant à l'urgence**

Le Centre le Havre a également participé à l'analyse des données afin d'effectuer un portrait de la clientèle consultant à l'urgence du CHRTR en santé mentale. L'ensemble de cette enquête sur les utilisateurs de l'urgence (voir annexe 3) se situe dans la même préoccupation que le projet pilote relatif à la réduction de la pression exercée sur l'urgence par les consultations en santé mentale.

Voici les principaux constats que le Havre ressort de l'enquête :

- L'horizon à l'intérieur duquel évolue la pratique et les services en santé mentale a profondément changé au cours des 20 dernières années.
- Ces changements exercent une pression accrue sur le système de santé. Ils ont deux caractéristiques majeures :

- Une croissance importante du volume de consultations ; presque trois fois plus en cinq ans.
  - Une complexification importante des configurations problématiques.
- Ces changements ne sont pas conjoncturels, mais structurels. Ils ne sont pas attribuables à des effets de système, mais à des changements qui affectent la société en profondeur.
- La croissance du volume de consultations à l'urgence est un symptôme de la difficulté d'adaptation du système aux contraintes de ce nouvel environnement.
- Le système de santé doit s'adapter aux défis que pose ce nouvel horizon, s'il ne veut pas être confronté à un engorgement croissant et à un sentiment d'impuissance chez les intervenants et les gestionnaires.
- Toutefois, les changements apportés au niveau du système de santé ne modifieront pas significativement ces paramètres ; ce sont des contraintes externes au système de santé. Pour avoir un impact à ce niveau, il faut agir sur les déterminants majeurs de la santé : les modes et les conditions de vie des utilisateurs des services.
- Le recours systématique à l'urgence comme porte d'entrée du système de soin contribue d'une manière très importante à l'engorgement de l'urgence.
- Moins de la moitié des patients admis à l'urgence en santé mentale sont vus par un psychiatre, et seulement 24 % sont hospitalisés. Parmi les 76 % qui ne sont pas hospitalisés, nous croyons qu'un nombre significatif de consultations pourrait et devrait être géré dans un autre cadre que l'urgence.
- Le volume de demandes d'hébergement d'urgence est devenu considérable, 94 par mois.
- Pour les établissements publics, l'hébergement d'urgence est surtout utilisé comme porte de sortie, alors qu'il devrait surtout constituer une porte d'entrée.
- L'absence d'une offre, réelle et solide de services de consultations d'urgence en santé mentale en première ligne, semble être la principale cause systémique du problème d'engorgement de l'urgence hospitalière en santé mentale.

- On dénombre 80 % des patients placés sur civière. De ces 80 %, 30 % seulement seront hospitalisés. L'importance du travail social semble être sous-estimée au niveau des données. Il y a peu de nouveaux ; 7 % seulement ont un historique de consultation en santé mentale. Au centre le Havre, la proportion des nouveaux est à 53 % en 2007.
- Ce n'est pas tant le nombre de patients qui a augmenté que le nombre de consultations par patient. Nous pouvons isoler un groupe de patients (4 %) qui sont des utilisateurs « récurrents » de l'urgence – plus de quatre séjours au cours de l'année.
- Les données sur la sortie nous présentent un portrait idéal qui ne correspond pas à la réalité ; s'ils ne meurent pas, les patients seraient soit hospitalisés soit retournés à leur domicile. Ce qui n'est manifestement pas toujours le cas. Certains quittent pour un centre d'hébergement, d'autres quittent sans avoir aucune destination précise, d'autres encore sont de toute évidence à la rue.
- L'absence totale de refus de traitement ne correspond pas à la réalité ; nous savons que les refus de traitement sont relativement nombreux et réguliers. De la même manière, nous n'avons pas de données sur les départs sans prévenir, surtout en ambulatoire. Ces départs sont actuellement classés comme « retour au domicile ». Ce qui est loin d'aller de soi...
- Plus on est vieux, plus on reste longtemps à l'urgence.

Ces données permettent d'avoir un portrait plus juste et de constater qu'il y a plusieurs variables influençant l'utilisation de l'urgence sur lesquels le PASM n'a pas ou peu d'effet. Cette lecture permettra de faciliter l'orientation à prendre dans le futur pour la mise en place de mesures visant le désengorgement de l'urgence.

### **5.5.3 Élaboration de la trajectoire**

Parallèlement à cette cueillette de données, le CSSSTR, en collaboration avec le CHRTR, a élaboré une trajectoire de services en lien avec la clientèle qui reçoit son congé de l'urgence du CHRTR, suite à une visite concernant une problématique de santé mentale (voir annexe 4).

#### **5.5.4 Agent de liaison CSSSTR et urgence CHRTR**

*Assure la continuité des services et facilite l'accès au CSSSTR*

La création d'un poste d'agent de liaison entre le CSSSTR et l'urgence du CHRTR a permis, de juillet 2007 à février 2008, de rencontrer 84 usagers différents (voir annexe 5) qui provenaient de l'urgence du CHRTR et qui ont été réorientés vers différentes ressources internes et externes du CSSSTR. Ce qui représente 4 % du volume total de la clientèle santé mentale de l'urgence.

Ces personnes ont été orientées :

- 22 vers le SIV ;
- 12 vers les services sociaux généraux ;
- 3 vers Domrémy ;
- 14 vers l'équipe de base du CSSSTR (médecins et psychologues) ;
- 12 vers les services de la communauté ;
- 6 n'ont pas répondu à la relance ;
- 2 requêtes ont été faites par l'urgentologue de nuit, ce qui nous laisse supposer que le service d'intervenante de liaison du CSSSTR est très peu utilisé par les médecins de l'urgence.

Un contact direct se fait tous les matins entre l'agent de liaison et la travailleuse sociale de l'urgence. De plus, une procédure a été mise en place afin de faciliter les références effectuées par l'urgentologue.

#### **5.6 Implantation d'un guichet d'accès aux services en santé mentale pour le territoire**

*Un incontournable pour augmenter la fluidité entre les services de première et de deuxième ligne*

Le guichet d'accès unique aux services de première et de deuxième ligne en santé mentale est en place et opérationnel pour l'ensemble du territoire du CSSS de Trois-Rivières. Le comité d'accès est composé d'un médecin, d'un psychologue et du gestionnaire en santé mentale. De plus, se joindra au comité, une infirmière de liaison du CHRTR. L'actualisation de ce modèle ne peut se faire sans que les principaux partenaires impliqués dans la démarche, soit l'équipe externe de psychiatrie du CHRTR, adhèrent au modèle. Effectivement, ces derniers voient d'un

bon œil la mise en place du guichet d'accès tel que formulé afin d'assurer une régularité et une cohérence dans les demandes de services en santé mentale.

Afin de pouvoir développer ce modèle d'organisation de services, un comité de travail a été mis en place par les deux gestionnaires concernés (CSSSTR et CHRTR). Le comité avait pour mandat de proposer un algorithme qui permettrait d'orienter les demandes vers le bon service. Un algorithme définissant les services de 1<sup>re</sup> ligne et ceux de deuxième ligne est présentement disponible (voir annexe 6).

Une trajectoire de service pour la clientèle santé mentale adulte en cohérence avec le PASM est également issue de ces travaux (voir annexe 7). Cette trajectoire était appliquée informellement dans le cadre du projet pilote, mais elle est présentement en cours de diffusion auprès des partenaires. Ce modèle nécessite un arrimage avec les autres territoires desservis par le CHRTR soient les territoires de Maskinongé, Vallée-de-la-Batiscan et Nicolet-Bécancour-Yamaska.

### **5.7 Affectation d'une infirmière clinicienne de deuxième ligne (1 ETC), pour gérer la prise en charge des clients référés en 2<sup>e</sup> ligne par le guichet d'accès**

#### *Une idée gagnante afin de faciliter l'arrimage des services*

Pour faciliter l'implantation et le fonctionnement du guichet d'accès, l'Agence a convenu, en juin 2007, d'un financement non récurrent jusqu'à 78 000 \$. Celui-ci était prévu pour supporter la deuxième ligne par l'embauche d'une infirmière de liaison spécifiquement rattachée à la gestion de la clientèle référée en deuxième ligne par le guichet.

Compte tenu de la disponibilité du personnel infirmier dans notre région et de la difficulté à recruter, la personne est en place depuis le mois d'août 2007 à temps partiel afin de travailler à l'élaboration des modalités du guichet d'accès et la gestion de la liste d'attente en deuxième ligne.

## **5.8 Diffusion sur le territoire de Trois-Rivières du document de référence régional en matière de SIV**

*Permet à tous d'avoir une compréhension commune de ce nouveau programme*

Le document a fait l'objet d'une large distribution sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il est également disponible sur le site web de l'Agence.

## **5.9 Mise en œuvre du programme de formation SIV pour le territoire de Trois-Rivières**

*Projet novateur facilitant le changement de pratique et l'adhésion aux valeurs et principes du SIV*

Afin d'optimiser le déploiement du SIV, la région souhaitait se doter d'un programme de formation destiné aux intervenants concernés par la mesure.

La première cohorte de 25 participants, dont 5 du CSSS de Trois-Rivières, ont suivi un programme régional de 13 jours de formation du mois d'octobre 2007, jusqu'en mai 2008.

Les thèmes abordés sont les suivants:

- le cadre de référence SIV et le PASM ;
- le rétablissement ;
- l'intervention en SIV ;
- l'oméga ;
- la gestion autonome de la médication ;
- la psychopharmacologie ;
- la psychopathologie ;
- les aspects juridiques.

Une deuxième cohorte a débuté en avril 2008. Au terme de cette deuxième cohorte, la majorité des intervenants en SIV de la région auront reçu la formation.

Consciente que les gestionnaires de premier niveau, et les superviseurs cliniques impliqués directement auprès des intervenants SIV dans chacun des huit CSSS, joueraient un rôle important dans la réussite de l'implantation du programme, l'Agence leur a accordé une attention particulière. Avec l'accord des directeurs de la santé mentale et des dépendances des CSSS, l'Agence a créé le « groupe des leaders du SIV » réunissant ces acteurs clés. Elle anime et coordonne leurs rencontres dont l'objectif principal vise le développement de leurs compétences et habiletés pour assurer une implantation optimale du programme dans la région. Par exemple, le groupe soutient les participants dans la gestion du quotidien, au niveau des actions qu'ils mènent pour assurer le changement paradigmatique impliqué par le SIV et le développement d'une culture organisationnelle régionale favorisant une cohérence au niveau des opérations.

### **5.10 Augmentation du nombre d'intervenants SIV par l'ajout de quatre postes ETP**

#### *Pour mieux répondre aux besoins de la clientèle santé mentale*

Le plan d'action en santé mentale préconise le déploiement du SIV dans l'ensemble des régions du Québec. D'ici 2011, le ministère demande que 100 % du requis de services soit implanté dans chaque région. Pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, ce sont environ 1 200 personnes à rejoindre. Pour le territoire du CSSS de Trois-Rivières, le requis de service identifie que 324 personnes devraient recevoir des services de type soutien d'intensité variable et que pour ce faire, il devrait compter sur 16 intervenants (ETP).<sup>1</sup>

Dans le contexte du projet pilote sur le territoire de Trois-Rivières, nous avons convenu de prioriser ce territoire afin d'accélérer l'implantation du SIV. En effet, contrairement aux autres RLS, le projet pilote a permis de devancer l'annonce du budget pour le financement des 4 postes SIV sur le territoire de Trois-Rivières.

Avant ce projet, le CSSS de Trois-Rivières disposait de quatre intervenants équivalents temps plein pour assurer les services de SIV, ce qui représentait 25 % du requis et ne constituait pas une masse critique pour obtenir un impact significatif sur la clientèle visée par ce type d'approche. Pour escompter atteindre des résultats mesurables à court terme dans le cadre du

---

<sup>1</sup> Selon les données recueillies dans le système OASIS automne 2006.

projet pilote, nous voulions atteindre minimalement 50 % du requis de services, soit un ajout de 4 ETP supplémentaires.

Dans le cadre du projet pilote, l'Agence annonçait en juin 2007 au CSSSTR, le financement non récurrent nécessaire à l'embauche de 4 intervenants ETP, soit un montant jusqu'à 300 000 \$. Le processus de dotation étant difficile, 3 ETP ont été comblés durant le projet :

- 1 infirmier est en poste depuis janvier 2008 ;
- 1 poste de travailleuse sociale en processus de sélection (affectation temporaire depuis juillet 2007) ;
- 1 poste de psychoéducateur est comblé.

### **5.11 Élaboration d'un formulaire unique de compilation des données clientèles**

*Favorise l'arrimage des services entre les différents partenaires.*

Des travaux ont été réalisés et présentés à la table des directeurs santé mentale et dépendance des CSSS et aux tables des projets cliniques afin de convenir d'un formulaire unique de cueillette d'information qui serait utilisé par le CHRTR et les CSSS concernés (voir annexe 8).

### **5.12 Mise en place d'une ligne partenaire**

*Facilite l'arrimage et la continuité des services*

Le plan d'action en santé mentale préconise un arrimage serré entre les différents partenaires impliqués en santé mentale. En effet, les concepts de hiérarchisation, de fluidité et de continuité des services sont au cœur même du PASM. À cet égard, plusieurs travaux ont eu lieu afin d'arrimer de façon optimale les services et avoir une organisation des services qui soit réellement intégrée.

La création de la ligne partenaire est un des moyens mis en place pour faciliter cet arrimage. Elle se définit comme étant le lieu où s'effectue l'évaluation des demandes de services effectuées par les partenaires en santé mentale ou en déficience intellectuelle. Elle est en

fonction depuis septembre 2007 et elle est officialisée depuis mars 2008. Elle fait partie intégrante du modèle de trajectoire de services en santé mentale au CSSSTR.

### **5.13 Enquête réalisée par le Centre le Havre sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières, référés par le CHRTR et le CSSSTR**

Cette enquête (voir annexe 9), complémentaire à l'enquête présentée précédemment, s'inscrit dans un projet de recherche plus large sur les moyens pouvant faciliter l'accès, assurer la continuité et augmenter la qualité des services et des soins à un groupe particulier d'utilisateurs des services d'urgence.

Pour réaliser cette enquête, le Havre a utilisé les données enregistrées sur leur base de données.

L'enquête porte sur les utilisateurs référés au Centre Le Havre au cours de l'année 2006 par l'urgence, l'unité de psychiatrie du CHRTR, ainsi que par le CSSSTR. Ce sont les trois groupes d'utilisateurs cibles. Afin de mieux faire apparaître les caractéristiques propres à chacun de ces groupes cibles, le Havre a utilisé aussi deux groupes témoins nommés *groupes références* : les utilisateurs « récurrents », tous ceux qui ont utilisé l'hébergement d'urgence au moins 14 fois, et les utilisateurs « normaux », c'est-à-dire tous les utilisateurs au cours de l'année 2006, sauf ceux qui font partie des autres groupes identifiés.

Ces groupes d'utilisateurs sont présentés à partir de trois paramètres : le profil des utilisateurs, de l'usage qu'ils ont fait du programme et de leur trajectoire temporelle à l'intérieur du programme. Chacun de ces paramètres possède des propriétés auxquelles sont attribuées des valeurs statistiques qui pourront être analysées.

#### **Les cinq principaux constats**

- Sur le long terme, les utilisateurs référés par le CHRTR et le CSSSTR représentent 16 % de tous les utilisateurs, mais utilisent 21 % des services. Ce sont les utilisateurs récurrents qui pèsent lourdement sur les services ; ils comptent pour 5 % des utilisateurs, mais 33 % des services, alors que les utilisateurs du groupe « normal » représentent 80 % des utilisateurs, mais utilisent seulement 46 % des services.

- Ce ne sont pas les mêmes individus qui sont référés par l'urgence, la psychiatrie et le CSSSTR.
  - Les utilisateurs de l'urgence sont surtout des hommes, jeunes adultes ; ils sont plus jeunes que les autres utilisateurs et les utilisateurs récurrents sont plus nombreux dans ce groupe.
  - Les utilisateurs de la psychiatrie sont plus nombreux à être originaires de la Mauricie.
  - Les utilisateurs du CSSSTR comptent plus de femmes, sont plus âgés et moins scolarisés.
- La comorbidité est beaucoup plus élevée chez les utilisateurs de la psychiatrie, de l'urgence ainsi que du groupe « récurrent » (66 %) que chez tous les autres utilisateurs (22 %) ; ce qui indique une forte relation entre la comorbidité et la récurrence de l'utilisation des services d'urgence.
  - Si on ajoute les problématiques pénales et suicidaires à la comorbidité, alors les utilisateurs des groupes « urgence » et « récurrent » se rapprochent (33 %) et se distinguent des autres utilisateurs (12 %).
- Le niveau de récurrence est trois fois plus élevé chez les utilisateurs de la psychiatrie et de l'urgence que chez l'ensemble des utilisateurs.
- Les trajectoires d'usage sont beaucoup plus longues chez les utilisateurs récurrents (55 % vs 7 % chez l'ensemble des utilisateurs).
  - Elles sont aussi plus longues chez les utilisateurs du CSSSTR, mais elles sont moins fréquentes et moins intenses.
  - Elles sont plus courtes chez les utilisateurs de l'urgence, mais plus fréquentes et plus intenses.

## 6. Constats au terme du projet

---

Au-delà des cibles, et à la lumière des informations recueillies, le projet pilote a eu un effet très positif sur l'arrimage et l'organisation des services en santé mentale sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières. En effet, nous ne pouvons passer sous silence tout le travail et la concertation entre les partenaires qui ont été nécessaires pour mener à bien un tel projet. Voici un aperçu des répercussions positives que la DMS ne peut traduire :

- L'amélioration et la continuité des services entre les acteurs concernés par la création d'une ligne partenaire et d'un formulaire unique de compilation des données pour la clientèle du CHRTR et du CSSSTR.
- L'arrimage des services de première et deuxième ligne et l'augmentation de la fluidité des services à la population par la mise en place du guichet d'accès et l'assignation de l'infirmière de liaison de la 2<sup>e</sup> ligne.
- La consolidation de la mission du Centre le Havre et l'évitement de la rupture de services de la trajectoire santé mentale.
- La bonification de la liaison entre l'urgence et le CSSSTR par l'implication à l'urgence d'un intervenant SIV du CSSS.
- L'analyse de la trajectoire prise par la clientèle santé mentale et la validation des hypothèses soulevées.
- Plusieurs rencontres de concertation ont eu lieu afin de créer ou bonifier les outils nécessaires.

Le projet pilote a également permis au comité de travail d'avoir une lecture plus précise du fonctionnement de l'organisation des services. D'ailleurs, au terme du projet pilote, ce comité est en mesure de ressortir plusieurs constats :

- Le PASM n'est pas le seul levier pour diminuer la DMS.

En effet, le plan d'action en santé mentale permet de mettre en place des mesures qui devraient contribuer à une diminution de la DMS, telle que l'opérationnalisation du guichet d'accès et le développement du soutien dans la communauté. Toutefois, plusieurs déterminants importants de la durée moyenne de séjour (DMS) ne relèvent pas directement de l'implantation

du plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM). Un total de 20 % à 30 % des patients appartenant à la catégorie diagnostique santé mentale (SM) ont une trajectoire de service qui ne dépend pas du programme de la santé mentale. Ainsi, comme il a été mentionné précédemment, ces mesures n'ont aucun impact sur une partie de la clientèle telle que les personnes présentant une démence, une déficience intellectuelle ou un problème de toxicomanie.

- Plusieurs déterminants cruciaux de la DMS dépendent de l'accès aux lits hospitaliers du CHRTR, des politiques de l'établissement à ce sujet et de la gestion des cas SM à la salle d'urgence.
- 41 % de la clientèle fréquentant l'urgence n'est pas sous la juridiction du CSSSTR.
- Les difficultés entraînées par la pénurie des effectifs médicaux sur le territoire du CSSSTR ont également un impact sur le volume d'entrée à l'urgence du CHRTR.
- Il est difficile de rendre compte des avantages et des effets positifs du projet avec les indicateurs actuels.

Tel que décrit précédemment, les indicateurs mesurés dans le présent projet, ne peuvent rendre compte des impacts positifs des actions implantées sur l'arrimage et l'organisation des services. Selon les objectifs poursuivis par l'Agence, d'autres indicateurs seront nécessaires dans le futur.

## **7. Recommandations et pistes d'actions**

---

L'expérience acquise au cours de la dernière année nous permet de ressortir plusieurs recommandations et pistes d'action pour l'avenir (voir annexe 10). Certaines sont plutôt d'ordre général, d'autres touchent davantage le CHRTR et le CSSSTR.

- Engager un gestionnaire de projet pour le piloter.

- Structurer la démarche en rédigeant un plan d'action : indicateurs de performance servant à évaluer les résultats attendus, délais escomptés pour atteindre les cibles, identification des acteurs imputables, planification financière, etc.
- Mettre à contribution le MSSS, surtout dans le contexte de la création d'une direction nationale des urgences.
- Statuer sur les diagnostics entrant dans la catégorie diagnostique SM.
- Améliorer l'accès à l'expertise médicale.
- Revoir le choix des indicateurs.
- Élaborer un dispositif intégré de coordination et de gestion des situations complexes et litigieuses.
- Fixer des objectifs de résultats spécifiques au logement social, soit 150 unités avec soutien communautaire d'ici 2012. Travailler pour rassembler les principaux partenaires autour de cet objectif, notamment la municipalité de Trois-Rivières et les organismes communautaires.
- Investir dans des solutions plus durables, au-delà des services de traitement et d'accompagnement.
- Fixer des objectifs réalistes au niveau du travail et de la participation sociale et citoyenne.
- Réaliser en commun certains objectifs au niveau de l'offre globale de services sur les territoires liés aux situations d'urgence en santé mentale.
- Développer et implanter un logiciel de gestion de l'information afin :
  - De permettre aux intervenants de gérer efficacement avec cohérence un gros volume de demandes.
  - De soutenir la capacité des intervenants à travailler en équipe.
  - De faciliter aux gestionnaires le suivi de l'état des lieux en tant réel, et de réagir rapidement ;
- Mettre sur pied un comité de vigilance responsable de suivre l'état des lieux sur l'ensemble du territoire. Cela suppose la capacité des différents partenaires de l'urgence de produire des rapports sur une base régulière, avec des paramètres standardisés.

- Mieux circonscrire les utilisateurs récurrents de l'urgence et développer des stratégies afin de répondre à leurs besoins ailleurs et autrement qu'à l'urgence.
- Porter une attention particulière au rapport entre l'âge et la durée des séjours à l'urgence. Nous suggérons à cet égard de prendre deux groupes : 65 ans et plus et 18-30 ans, afin d'analyser les conditions de départ de ces deux groupes.
- Inclure au niveau du comité de travail des acteurs de l'urgence du CHRTR, de Domrémy et du secteur des personnes âgées.
- Avoir comme objectif principal la diminution du volume d'entrées à l'urgence du CHRTR.

### **Mesures sous la juridiction du CHRTR :**

- Faire une étude plus approfondie de la pratique au niveau de l'urgence, avec comme cible un scénario permettant de réduire la proportion de patients placés sur civière.
- Faire une vérification des procédures de collecte de données au niveau du travail social à l'urgence.
- Revoir les procédures et les catégories au niveau des collectes de données relatives aux départs. À cet égard, se donner comme objectif de repérer, quantifier et qualifier les impasses ou les difficultés liées au départ.
- Développer un mécanisme de liaison avec l'urgence, et les autres services périphériques à l'urgence médicale, tant communautaires que publics.
- Mettre en place des protocoles d'ententes formelles entre tous les partenaires de l'urgence en santé mentale, régies par l'adhésion à certains principes et certaines valeurs.
- Inciter les urgentistes à intégrer à leur pratique, l'utilisation de l'intervenante de liaison.
- Établir une politique de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre médicale en ayant une préoccupation pour la santé mentale.
- Amélioration de la capacité de l'équipe de la salle d'urgence de prendre les décisions concernant les patients en SM.

- Amélioration de la « capacité » du personnel au triage à établir la bonne priorité et à déterminer si le patient doit être dirigé vers la zone protégée (civière) ou pas.
- Améliorer la « capacité » du personnel de la salle d'urgence de prendre des décisions appropriées concernant les patients SM en évitant de les coucher sur civière ou de demander une consultation en psychiatrie.
- Améliorer la gestion des processus pour les patients couchés sur civière.
- Diminution de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les patients psychiatriques : les mesures utilisées pourraient s'adresser autant au personnel du CHRTR, que celui du CSSS.

**Mesures sous la juridiction du CSSSTR et des acteurs de son réseau local de services (RLS) :**

- Recruter une infirmière praticienne en première ligne santé mentale.
- Améliorer la prise en charge des patients SM en amont de la salle d'urgence : création d'un réseau de services intégrés, en lien avec le PASM, qui augmenterait la prise en charge des patients et diminuerait la pression sur la salle d'urgence.
- Améliorer la prise en charge des patients en SM en aval de la salle d'urgence : aménager plusieurs « voies de sortie » de la salle d'urgence vers le CSSSTR et les partenaires du RLS.

## **8. Conclusion**

---

L'hypothèse de départ du projet pilote était que *le déploiement de différentes mesures et services prônés par le PASM aurait un effet direct sur les principaux indicateurs de performance de l'urgence pour la clientèle en santé mentale.*

À la lumière des informations recueillies tout au long de la démarche, nous pouvons conclure que l'accélération de la mise en place du PASM semble avoir contribué en partie à diminuer la DMS. D'ailleurs, nous constatons une plus grande diminution lorsque nous calculons la DMS en

isolant uniquement les cas de santé mentale. Toutefois, nous observons que le PASM n'est pas le seul et unique levier. En effet, plusieurs autres variables doivent être prises en compte telles que le nombre d'effectifs médicaux sur notre territoire, la façon de catégoriser la clientèle santé mentale, les pratiques à l'interne au CHRTR, le volume d'entrée de la clientèle à l'urgence, etc.

En plus d'avoir contribué à la diminution de la DMS, le projet pilote a favorisé l'accélération de l'implantation du PASM, la mise en réseau des partenaires et a eu un effet positif sur l'arrimage et la continuité des services. Il nous a également permis d'avoir une meilleure lecture des variables influençant la DMS.

C'est pourquoi le comité de travail recommande la poursuite des travaux afin de déterminer une façon de garder vivantes les actions déjà amorcées et de créer de nouvelles stratégies pour améliorer les services en santé mentale sur notre territoire. En effet, le territoire de Trois-Rivières a tout à gagner à poursuivre les efforts mis en place tout en tenant compte des données recueillies durant le projet. D'ailleurs, nous avons maintenant une vision suffisamment claire pour structurer davantage les démarches à venir et cibler des actions significatives.

En ce sens, le 18 juin dernier, le bilan du projet pilote a été présenté aux directeurs généraux ainsi qu'aux DSP du CHRTR et du CSSSTR. Ces derniers ont accueilli favorablement les constats qui ressortent du projet et tous étaient d'accord avec le diagnostic posé et étaient d'avis que le projet a été un levier pour la mise en place du plan d'action en santé mentale sur le territoire de Trois-Rivières. Nous leur avons également soumis les pistes d'actions que le comité de travail privilégiait :

- Améliorer la capacité de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence du CHRTR :
  - triage ;
  - prise de décision clinique ;
  - gestion des processus concernant les patients en attente d'une admission.
- Développer une clinique médicale santé mentale dans la communauté en lien avec la 1<sup>re</sup> ligne du CSSSTR.
- Investir dans le logement social.
- Recruter une infirmière praticienne en santé mentale.

- S'associer avec la direction de l'évaluation au ministère afin d'évaluer certaines mesures mises en place durant le projet.

Toutefois, à la lecture de nos priorités, il a été proposé d'éviter la mise en place de mesures qui impliqueraient un ajout d'effectifs médicaux compte tenu de la pénurie sur le territoire.

De plus, afin de maintenir le pouvoir mobilisateur du projet, il a été convenu avec les établissements de prévoir à l'automne d'autres rencontres du comité de travail. Le but étant de proposer des actions concrètes afin de poursuivre le travail amorcé en tenant compte des données recueillies lors du projet pilote. Ces actions viseront entre autres, l'implantation du PASM et elles pourront toucher directement ou indirectement le désengorgement de l'urgence, selon l'orientation que prendra le comité de travail. Le cas échéant, l'Agence tiendra compte également des recommandations du MSSS. Cependant, même si le projet ne se poursuit pas de façon formelle, il n'en demeure pas moins que les mesures mises en place ont eu sans contredit un effet bénéfique et leur continuité est assurée au-delà du projet par le financement qui a été octroyé par l'Agence.

**Annexe 1 : Diagnostics compilés dans la catégorie  
« diagnostics santé mentale pure»**

## **Annexe 2 : Évaluation des variables déterminant la DMS au CHRTR**

**Annexe 3 : Consultations à l'urgence en santé mentale  
Centre le Havre**

**Annexe 4 : Proposition de la trajectoire de services en santé mentale en lien avec l'urgence du CHRTR**

**Annexe 5 : Projet CCNU, agent de liaison CSSSTR/CHRTR**

## **Annexe 6 : Hiérarchisation des services**

**Annexe 7 : Trajectoire des services en santé mentale  
pour les adultes de Trois-Rivières**

**Annexe 8 : Formulaire de demande de consultation  
Programme santé mentale adulte**

**Annexe 9 : Enquête sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence  
à Trois-Rivières — Centre le Havre**

**Annexe 10 : Quelques pistes en vue d'un plan d'action pour  
la période 2008-2009**