

Document de consultation
Printemps 2001



POUR UNE ACCESSIBILITÉ
ACCRUE AUX SERVICES
PSYCHIATRIQUES

LA SECTORISATION

ÉTAT DE SITUATION
et



PISTES DE SOLUTION



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Michel Roberge

Services de santé mentale
Direction de la programmation et coordination

Roger Brosseau

Service conseil et aide à la clientèle
Direction des relations avec la communauté

Avril 2001

DOCUMENT DE CONSULTATION

PRINTEMPS 2001

**LA SECTORISATION
ÉTAT DE SITUATION
et
PISTES DE SOLUTION**

Avril 2001

TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
Remerciements	5
Résumé	6
1. Introduction	7
2. Situation actuelle de la sectorisation	7
- Historique	7
- L'objectif de la sectorisation	7
- Les règles d'application de la sectorisation	7
- Le découpage des secteurs	8
3. Les faits initiaux	8
- La problématique généralement évoquée	8
- Les taux d'usagers hors-secteur	9
- Recommandation du Service conseil et aide à la clientèle de la Régie et position de la Commissaire aux plaintes	10
4. La consultation	11
- Objectif de la consultation	11
- Personnes rencontrées	11
- Les résultats de la consultation	11
. Problèmes posés par l'application actuelle de la sectorisation	11
. Problèmes plus généraux d'organisation de services	12
. Problèmes appréhendés par la modification ou l'abolition de la sectorisation	12
. Les avantages de la sectorisation	12
. Les déterminants de l'application rigoureuse de la sectorisation	12
. Avantages possibles de modifier ou d'abolir la sectorisation	13
- Suggestions de solutions	13
. Instaurer des mécanismes d'accès locaux et régionaux aux règles claires	13
. Informer les usagers et intervenants	14
. Améliorer l'équité	14
. Améliorer l'accès à une variété de services et d'approches	14
. Coordination, suivi et évaluation	14
5. Proposition d'un plan d'action sommaire	15
6. Références	16

PRÉFACE

Selon certains, la sectorisation équivaut à ne pouvoir recevoir ses services de psychiatrie qu'au seul endroit déterminé par le code postal : « Hors la secto, point de salut »!

Pour d'autres, le droit de l'usager devrait être d'obtenir ses services, sans limites, à un endroit ou l'autre, et en changer à son gré : « Là où on veut, quand on veut »!

Ces positions extrêmes sont des perceptions de la situation que nous reflétaient des partenaires du réseau au sujet de la sectorisation. De nombreuses insatisfactions et remises en questions nous ont été manifestées durant les dernières années.

La sectorisation qui visait à assurer l'accès aux services psychiatriques a-t-elle mal vieilli, doit-elle être éliminée ou transformée?

Pour trouver une solution, au-delà des positions extrêmes, il faut comprendre les points de vue, les enjeux, les difficultés, les avantages et inconvénients de la sectorisation. Il faut surtout trouver des solutions d'avenir qui assureront tant le respect des droits de l'usager, que l'utilisation responsable des services, tant une organisation efficiente qu'une répartition équitable des ressources.

Aussi, un état de situation était requis, qui permettra aux partenaires concernés par l'accessibilité aux services de partager leurs réflexions et dégager les pistes de solutions.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les nombreuses personnes qui nous fait part de leurs réflexions sur la sectorisation et nous ont aidé à en saisir les diverses facettes et enjeux :

Les docteurs Edward Naltchayan (CH de St-Mary), Michel Filion (CHUM), Paul Beaudry (CSUM-Royal-Victorial) et Pierre Assalian (CSUM-Montréal-Général); madame Marie-Andrée Dionne (RACOR); messieurs André Chandonnet (CHUM) et Pierre-Antoine Baril (Action Autonomie); ainsi que les responsables des plaintes des centres hospitaliers.



Résumé

Ce document sert à appuyer une réflexion, avec les partenaires du réseau de la santé mentale quant à la pertinence et, s'il y a lieu, à la révision des modalités d'application de la sectorisation des services de psychiatrie dans la région de Montréal-Centre.

Le but premier est de s'assurer du respect du droit des usagers d'avoir accès à des services psychiatriques tel que le prévoit la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sans exclusion pour des motifs de sectorisation.

Dans un premier temps, le document rappelle ce qu'est la sectorisation des services psychiatriques dans la région : historique, objectifs, règles d'application et découpage des secteurs.

Deuxièmement, certains faits sont évoqués qui clarifient la perception initiale de la problématique. Les problèmes généralement évoqués sont précisés. Certaines statistiques sur les taux d'usagers en provenance du secteur de chaque établissement sont présentées. Et, enfin, la situation des usagers qui ont porté plainte à la Régie est décrite ainsi que les recommandations du Service conseil et aide à la clientèle de la Régie ainsi que de la commissaire aux plaintes sur les services de santé et les services sociaux du Québec.

Troisièmement, les résultats de la consultation réalisée sur les problèmes d'application de la sectorisation sont présentés ainsi que des pistes de solutions. Cette consultation précise la problématique selon six aspects :

1. les problèmes posés par l'application actuelle de la sectorisation,
2. les problèmes plus généraux d'organisation de services,
3. les problèmes appréhendés par la modification ou l'abolition de la sectorisation,
4. les avantages de la sectorisation,
5. les déterminants de l'application rigoureuse de la sectorisation,
6. les avantages possibles de modifier ou d'abolir la sectorisation.

Par ailleurs, cette consultation permet d'entrevoir des pistes de solutions selon cinq axes :

1. la clarification des règles d'application,
2. l'information aux usagers et aux intervenants,
3. l'amélioration de l'équité entre les départements,
4. l'amélioration de l'accès à une variété de services et d'approches,
5. l'instauration de mécanismes d'accès, de mécanismes de coordination locaux et régionaux et de procédés de suivi.

Finalement, un plan d'action est proposé pour donner suite à ces travaux.

1. INTRODUCTION

La Régie régionale entreprend, avec les partenaires du réseau de la santé mentale, une réflexion sur la pertinence de la sectorisation des services psychiatriques et sur ses éventuels ajustements. Les buts poursuivis sont :

1. Assurer le respect du droit des usagers d'avoir accès à des services psychiatriques sans exclusion pour des motifs de sectorisation, tel que le prévoient les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [6];
2. Faire en sorte que les modalités d'application de la mesure administrative qu'est la sectorisation soient respectées.

Dans ce document, nous rappelons d'abord la situation actuelle, soit les objectifs de la sectorisation, ses règles d'application, le découpage des secteurs et les problèmes généralement évoqués. Par la suite, nous présentons les résultats de la consultation réalisée : les personnes rencontrées, les problèmes et les avantages de la sectorisation pour les usagers et les établissements. Finalement, des pistes de solution sont proposées.

Ainsi, le présent document a pour objet de rendre compte d'une consultation réalisée en 1999, dans la région, sur les problèmes d'application de la sectorisation des services psychiatriques et sur l'identification de pistes de solution. Cette consultation visait à clarifier la problématique de la sectorisation, à mieux identifier les objectifs régionaux et à amorcer la préparation du plan d'action.

Ce document vise également à servir de support à d'autres rencontres des partenaires afin de finaliser les orientations régionales quant à la sectorisation des services psychiatriques.

2. SITUATION ACTUELLE DE LA SECTORISATION

Historique

Depuis la fin des années 1960, les services de traitement psychiatrique de courte durée, offerts aux adultes de la région de Montréal-Centre, sont sectorisés; c'est-à-dire que tous les hôpitaux concernés ont une responsabilité sectorielle quant à la dispensation de ses services. La Régie régionale a adopté le principe de la sectorisation des services psychiatriques et des découpages territoriaux en 1983 [3], 1987 [2] et en 1996 [7].

L'objectif de la sectorisation

Divers documents précisent, tous de façon similaire, l'objectif de la sectorisation. Dans le dernier document sur la révision de la sectorisation [7], il est indiqué que « *Cette mesure administrative était et demeure nécessaire pour faciliter l'accès aux services à la clientèle. Elle veille à lui garantir un lieu où s'adresser pour recevoir des services advenant que le professionnel ou l'établissement choisi soit dans l'impossibilité de donner suite à sa demande.* »

Historiquement, cette mesure fut adoptée « *pour permettre l'utilisation la plus rationnelle possible des ressources disponibles par le biais d'une répartition plus équitable des responsabilités entre les établissements de manière à ce que l'accessibilité et la continuité des soins soient assurées* » [3 p.5]. Néanmoins, ce document soulignait que l'exercice du libre choix du bénéficiaire ou de sa famille, consacré par la loi, prévalait sur cette mesure administrative [p.65].

Les règles d'application de la sectorisation

Divers documents ont fixé les règles d'application de la sectorisation [2, 3, 4, 7]. Les règles d'application en vigueur sont celles de la révision [7] de la sectorisation de 1996 pour les adultes :

1. Chaque établissement est responsable de dispenser les services spécialisés de courte durée aux personnes qui résident dans son secteur et qui désirent être suivies par lui.
2. Le respect du libre choix de l'utilisateur, consacré par la loi, continue de s'appliquer, peu importe le motif auquel il répond (préférence pour un établissement, éloignement en raison d'un déménagement, préférence pour un mode d'intervention, etc.).
3. Aucune sectorisation ne s'applique aux cas d'urgence; le centre hospitalier où se dirige la personne a la responsabilité d'offrir les soins d'urgence requis.
4. Le centre hospitalier conserve sa responsabilité d'hospitalisation jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois après la dernière intervention, quel que soit le lieu du domicile de l'utilisateur à ce moment.
5. Le transfert de l'utilisateur ne peut être fait qu'après avoir obtenu son accord - ou celui d'un de ses représentants - et celui de l'établissement où la personne doit être dirigée.

Le découpage des secteurs

La principale caractéristique de la sectorisation révisée en 1996 [7] est d'ajuster les territoires des départements de psychiatrie à ceux des CLSC. Ainsi, tous les départements couvrent un ou plusieurs territoires de CLSC et chaque territoire de CLSC n'est couvert que par un département, sauf quatre exceptions : Côte-des-Neiges, du Vieux LaChine, Ahuntsic et Saint-Michel. Ces exceptions résultent de la difficulté d'équilibrer les besoins des populations des territoires de CLSC avec les ressources des départements de psychiatrie.

Le document actuel de la sectorisation [7] décrit le découpage selon la municipalité et les codes postaux. De plus, un fichier informatisé [8] précise ce découpage selon les codes postaux uniquement; il s'agit d'un système simple pour identifier le secteur d'une personne.

3. LES FAITS INITIAUX

La problématique généralement évoquée

Les organisations d'aide et de défense des usagers, les services des plaintes des établissements et le service conseil et aide à la clientèle de la Régie régionale de Montréal reçoivent des plaintes d'utilisateurs qui se voient refuser l'accès à des services psychiatriques de l'établissement de leur choix ou du professionnel de leur choix.

Divers documents et des communications avec les établissements montrent que la sectorisation est perçue, par la majorité des intervenants, comme empêchant les établissements d'accepter les usagers hors-secteur. L'application actuelle de la sectorisation semble faire obligation aux usagers de s'adresser à l'établissement de leur secteur alors que la sectorisation fait obligation aux établissements de desservir la clientèle du secteur qui leur est attribué et qui désire recevoir leurs services. Il y a donc eu un déplacement des responsabilités des établissements vers les usagers.

Diverses hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer cette situation :

1. Une méconnaissance des règles et des modalités d'application de la sectorisation.
2. L'insuffisance des ressources pour répondre à la clientèle « hors-secteur ».
3. Le besoin de maintenir un processus thérapeutique avec des usagers portés à « fuir ».
4. D'autres résistances du milieu qu'il conviendrait d'identifier.

Les taux d'usagers hors-secteur

Il n'y a pas de système pour quantifier exactement le taux de refus de service pour motif de sectorisation. Les plaintes sont un indice (rapport des établissements sur les plaintes, rapport de la Régie). Cependant, il pourrait s'agir d'une sous-estimation puisqu'une partie des usagers peuvent accepter la décision du département sans faire de plainte.

Une autre approche est d'examiner, par département, le taux d'usagers hospitalisés d'origine hors-secteur. Il ne s'agit pas d'une mesure précise puisque, outre le refus de service à une clientèle hors-secteur, divers facteurs peuvent expliquer un taux peu élevé d'usagers hors-secteur, tel que l'éloignement d'autres établissements. Cependant, les départements aux taux les plus bas d'usagers hors-secteur pourraient être ceux qui appliquent le plus rigoureusement le refus pour motif de sectorisation.

Le tableau suivant présente ces statistiques pour 1998-1999. Il s'agit du taux d'usagers hors-secteur et du taux d'usagers hors-secteur dont c'est la première admission. En effet, des usagers peuvent être hébergés en milieu résidentiel en dehors du secteur, mais les hospitalisations subséquentes se feront dans l'hôpital qui les suit; ils apparaissent alors comme hors secteur. Les usagers dont c'est la première admission (calculée sur la période 1993-1998) ne subissent pas cette contrainte. Ainsi, cette dernière statistique reflète probablement mieux la position de l'établissement sur l'admission des usagers hors-secteur.

En somme, malgré certaines perceptions, la sectorisation n'est pas un filet impénétrable. Les établissements admettent, en moyenne, 30 % d'usagers hors-secteur.

Tableau 1 - Taux d'usagers en provenance du secteur de chaque établissement

Établissement	Taux d'usagers hors-secteur (1998-1999) *	Taux d'usagers hors-secteur (1998-1999) Première admission *
Louis-H. Lafontaine	20 %	n.d.
Maisonneuve-Rosemont	36 %	30 %
Notre-Dame	49 %	25 %
Saint-Luc	46 %	19 %
Jean-Talon	32 %	29 %
Général de Montréal	53 %	64 %
Royal Victoria	59 %	44 %
Général Juif	22 %	19 %
St-Mary	40 %	25 %
Douglas	18 %	15 %
Lakeshore	10 %	9 %
Fleury	18 %	9 %
Sacré-Cœur	14 %	17 %
MOYENNE	29,3 %	30 %
* Basé sur la provenance par territoire de CLSC		

Recommandation du Service conseil et aide à la clientèle de la Régie et position de la Commissaire aux plaintes

Le Service conseil et aide à la clientèle de la Régie régionale de Montréal reçoit régulièrement des plaintes relatives à la sectorisation des services psychiatriques. Les usagers se plaignent de ne pas pouvoir recevoir de l'établissement de leur choix les services requis par leur condition de santé. La réponse des établissements à qui ils s'adressent est habituellement à l'effet qu'ils doivent s'adresser à l'hôpital de leur secteur. Dans certains cas, les établissements mentionnent même qu'ils ne peuvent accéder à leur demande, car la sectorisation les oblige à refuser leur demande de services. Les usagers rapportent que la première question qui leur est posée lorsqu'ils communiquent avec un établissement dont ils souhaitent recevoir des services psychiatriques consiste souvent à leur demander leur code postal afin d'établir le secteur auquel ils appartiennent.

Ces pratiques contreviennent aux droits des usagers de choisir le professionnel et l'établissement dont ils souhaitent recevoir les services, et que leur reconnaît la Loi sur les services de santé et les services sociaux [6]. Ces pratiques contreviennent également aux règles actuelles d'application de la mesure administrative qu'est la sectorisation [7] et qui établissent notamment que :

Le respect du libre choix de l'usager, consacré par la loi, continue de s'appliquer, peu importe le motif auquel il répond (préférence pour un établissement, éloignement en raison d'un déménagement, préférence pour un mode d'intervention, etc.).

Chaque année, le Service conseil et aide à la clientèle doit intervenir auprès des établissements afin de faire respecter les droits des usagers ainsi que les règles d'application de la sectorisation. Cette situation amena régulièrement ce service à recommander à la Régie régionale de Montréal de prendre des mesures afin de rap-

pler aux établissements les règles d'application de la sectorisation et le droit de l'usager de choisir l'établissement et le professionnel dont il désire recevoir les services [9, 10].

Saisie également de plaintes de cette nature, la commissaire aux plaintes sur les services de santé et les services sociaux [1] adopta une position très semblable à celle du Service conseil et aide à la clientèle de la Régie régionale de Montréal. Ses recommandations furent à l'effet de respecter le choix des usagers quant à l'établissement dont ils souhaitent recevoir les services requis par leur condition, mais de s'assurer que ceux-ci soient en mesure de prendre à ce sujet une décision éclairée en étant préalablement informés de l'existence de la sectorisation des services psychiatriques et des avantages éventuels pour eux d'être suivis par l'établissement de leur secteur.

La commissaire aux plaintes formulait alors la recommandation suivante à la Régie régionale du territoire concerné :

« ...rappeler à tous les CH de la région dispensant des services psychiatriques, ce qui suit :

Que la Loi sur les services de santé et les services sociaux reconnaît à toute personne le droit de « choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux » (art.6).

Que le droit au professionnel de son choix est limité par la liberté qu'a « le professionnel d'accepter ou non de traiter la personne » (art.6) et que cette liberté n'existe plus dans une situation d'urgence.

Que le choix du professionnel peut aussi être prédéterminé par le choix de l'établissement et qu'à l'intérieur de l'établissement, la personne peut faire un choix parmi les professionnels autorisés à exercer dans l'établissement, en conformité avec les règlements internes.

Que la Régie prenne les mesures utiles pour que les usagers soient informés des dispositions législatives et réglementaires concernant leur droit au professionnel et à l'établissement de leur choix ».

Cette recommandation fut bien accueillie par la Régie régionale concernée qui adopta diverses mesures afin d'y donner suite, dont la réalisation et la large diffusion d'un dépliant qui informait les usagers de leurs droits et des objectifs de la sectorisation des services psychiatriques.

4. LA CONSULTATION

La sectorisation psychiatrique pour les adultes a été révisée en 1996 à l'occasion de la fermeture de certains établissements. Le moment ne se prêtait pas, faute de temps, à une réflexion en profondeur sur la pertinence de la sectorisation comme outil favorisant une meilleure accessibilité à des services de santé mentale dans notre région et une allocation équitable des ressources.

Depuis, divers établissements de santé, des organismes communautaires actifs dans le champ de la santé mentale et la Régie régionale de Montréal se questionnent sur la nécessité de maintenir la sectorisation sous sa forme actuelle. Afin de préparer les travaux de réflexion, d'échanges et de discussions avec les partenaires, il convenait de mieux documenter la situation selon les perspectives du milieu.

Objectif de la consultation

L'objectif de la consultation était de mieux étayer les avantages et les désavantages de la sectorisation, de vérifier sa pertinence et d'identifier des pistes de solution. Cette consultation constitue une étape préalable à une plus ample discussion avec les divers partenaires du réseau.

Personnes rencontrées

Les personnes suivantes furent rencontrées lors de réunions semi-structurées, animées conjointement par messieurs Michel Roberge et Roger Brosseau, de la Régie régionale :

- ◆ Dr Edward Naltchayan, CH de St-Mary (12 avril 1999);

- ◆ Dr Michel Filion et M. André Chandonnet, hôpital Notre-Dame du CHUM (4 mai 1999);
- ◆ Les responsables des plaintes des CH (3 juin 1999);
- ◆ Mme Marie-Andrée Dionne, RACOR et M. Pierre-Antoine Baril, Action Autonomie (8 juin 1999);
- ◆ Dr Paul Beaudry et Dr Pierre Assalian, CSUM (9 juin 1999).

Les résultats de la consultation

Problèmes posés par l'application actuelle de la sectorisation

L'application actuelle de la sectorisation est problématique parce que...

1. Le droit de l'utilisateur, défini par la loi, de choisir un établissement ou un professionnel est brimé.
2. Des usagers recherchent une approche ou un type particulier de thérapie qui n'est pas offert dans leur secteur. Ils peuvent alors avoir tendance à « magasiner » auprès de plusieurs CH.
3. Certains usagers sont suivis à un CH pour des troubles de santé physique; s'ils ont un trouble psychiatrique, il leur est demandé de se présenter à l'établissement de leur secteur.
4. Certains usagers, désirant être servis par des gens de leur langue maternelle ou ayant une grande maîtrise de cette langue, ne trouvent pas réponse à cette demande. Par exemple, certains anglophones sont dans des secteurs francophones et désirent être servis dans un secteur plus anglophone, et vice-versa.
5. Des usagers sont insatisfaits des soins ou de la relation avec le(s) thérapeute(s) et ils se sentent captifs de ceux-ci ou de l'établissement.
6. Les usagers qui désirent une deuxième opinion ont peu accès à un autre établissement.

7. Parfois, l'usager est transféré vers l'établissement de son secteur, sans son consentement, malgré son refus d'être transféré.
8. En restreignant l'accès à des clientèles hors-secteur, c'est l'accès à des clientèles cibles pour des spécialisations en psychiatrie qui est compromis. L'impact est une moindre optimisation de la qualité des services et de la formation des spécialistes.
9. Au service des plaintes de chaque établissement, il y a environ une dizaine de cas par année; cependant, ce sont toujours des situations très difficiles à régler.
10. Les omnipraticiens peuvent difficilement référer leur clientèle à l'établissement du secteur où ils ont leur bureau; la clientèle des omnipraticiens provient de plusieurs secteurs et les règles de la sectorisation multiplient les partenaires.

Problèmes plus généraux d'organisation de services

Certaines personnes évoquent des aspects plus généraux d'organisation de services qui sont problématiques parce que...

1. Les services sont peu disponibles et les critères d'exclusion sont importants, ce qui compromet l'accessibilité aux services.
2. Les services sont souvent limités à une approche médicamenteuse alors que ce qui est désiré est une approche de psychothérapies variées. Celles-ci sont rarement disponibles ou l'attente est de plusieurs mois.

Problèmes appréhendés par la modification ou l'abolition de la sectorisation

Les impacts négatifs appréhendés par l'abolition de la sectorisation seraient que ...

1. Certains établissements pourraient voir augmenter leur nombre d'usagers en psychiatrie, notamment des patients aux troubles graves et persistants. Sans ajout de ressources, il y aurait alors encombrement et surcharge qui nuiraient à l'organisation et à la qualité des soins.

2. Des usagers « magasiniers », ayant des troubles de personnalité ou certaines autres pathologies pourraient requérir des services à plusieurs établissements. L'effet serait d'augmenter l'encombrement; de plus, ce serait anti-thérapeutique pour ces usagers.

Les avantages de la sectorisation

Certains avantages de la sectorisation en favorisent le maintien, soit ...

1. Les usagers, particulièrement ceux aux pathologies lourdes, bénéficient davantage du travail de l'équipe qui connaît et est liée aux diverses ressources du secteur. La proximité des intervenants du quartier ou du secteur favorise le partenariat. Inversement, l'éloignement diminue la collaboration et la connaissance appropriée du milieu. Or, cette connaissance du milieu de vie est essentielle pour permettre la réadaptation et une bonne réinsertion sociale.
2. Dans un contexte de complémentarité entre les services de première ligne et les services spécialisés, les liens de références et de collaboration sont plus aisés entre gens qui se connaissent.
3. La demande en services est plus équilibrée en fonction des ressources disponibles dans les établissements.
4. Il y a un meilleur suivi des usagers qui consomment « excessivement » les services du système; souvent, ce sont des gens qui, dans leur pathologie, contestent, veulent sortir de la norme, du sentier...

Les déterminants de l'application rigoureuse de la sectorisation

Certains éléments semblent favoriser une application rigoureuse de la sectorisation, soit ...

1. Le facteur le plus déterminant semble la question de l'équité dans les ressources. Dans une situation perçue de rareté de ressources pour satisfaire la demande, il devient difficile pour les établissements de prendre des cas hors-secteur, ce qui revient à augmenter la charge, sans voir une augmentation des ressources. La situation est encore plus difficile lorsque l'établisse-

ment se perçoit moins avantageé en ressources que l'établissement du secteur d'où vient l'utilisateur désirant des services. L'équité doit être un équilibre en diverses ressources professionnelles, notamment en effectifs psychiatriques et en lits psychiatriques.

2. Il importe également de contrôler certains usagers dont la pathologie les pousse à être d'éternels insatisfaits, à vouloir franchir les règles établies, à « magasiner », etc. Les laisser aller d'un professionnel, d'un service ou d'un département à un autre ne règle pas leur problème et peut même l'accentuer. Également, certaines familles, constatant le peu de progrès, cherchent ailleurs un traitement plus efficace alors la pathologie est grave et que ce qui est appliqué constitue la meilleure pratique; généralement, ils ne trouveront pas mieux ailleurs et le magasinage peut empêcher l'établissement de la relation thérapeutique requise.

Avantages possibles de modifier ou d'abolir la sectorisation

Certains avantages pourraient être obtenus en modifiant ou abolissant la sectorisation, soit ...

1. Généralement, les problématiques soulevées précédemment par l'application de la sectorisation seraient éliminées ou amoindries.
2. Des spécialisations régionales pourraient être favorisées en augmentant le bassin de la clientèle-cible; il y aurait amélioration de la qualité des services et de la formation des spécialistes.
3. Les soins partagés seraient favorisés. Ainsi, les omnipraticiens pourraient plus facilement obtenir des consultations psychiatriques ou référer leur clientèle, qui provient de divers quartiers, à l'établissement du secteur où ils ont leur bureau.
4. Les usagers pourraient obtenir plus aisément accès à une approche ou un type particulier de thérapie qui n'est pas offert dans leur secteur.
5. Les usagers suivis à un CH pour des troubles de santé physique pourraient

bénéficier, si requis et désiré, des services de psychiatrie, assurant une meilleure continuité des soins.

6. Les usagers qui désirent une deuxième opinion pourraient accéder à un autre établissement.

Suggestions de solution

Les pistes de solution peuvent se regrouper selon cinq axes :

Instaurer des mécanismes d'accès locaux et régionaux aux règles claires

1. Des mécanismes d'accès locaux et régionaux, qui restent à préciser, viseraient à gérer avec souplesse les situations complexes ou litigieuses et à favoriser la mise en place de solutions et d'approches personnalisées respectueuses des droits et des besoins des usagers. Ils porteraient sur les rôles et responsabilités des services psychiatriques, la gestion des listes d'attente, les critères de mise en priorité, la coordination intersecteur et la gestion des cas litigieux.
2. Le libre choix de l'utilisateur, inscrit dans la loi, demeure le principe de base à respecter. La sectorisation peut s'appliquer s'il n'y a pas de préférence pour un établissement particulier.
3. Toute demande de changement de médecin ou d'établissement doit être considérée en tenant compte des facteurs cliniques, humains, sociaux et légaux. Des motifs raisonnables sont notamment la langue, le droit à une deuxième opinion, l'accès à certains services non disponibles dans le secteur, la préférence pour un mode d'intervention, un déménagement, etc.
4. L'utilisateur déjà suivi en santé physique devrait avoir accès, si tel est son désir, aux services psychiatriques dans le même CH, à moins d'une contre-indication clinique importante.
5. Les omnipraticiens travaillant dans le

secteur de l'établissement peuvent adresser la référence de leur patient à cet établissement; celui-ci reçoit ces patients comme s'ils étaient du secteur.

6. Des mécanismes (règles, procédures) communs aux établissements pourraient être établis pour ceux qui désirent changer d'établissement.
7. Les usagers insatisfaits peuvent également être référés à un autre médecin du même CH.
8. S'il y a lieu, les motifs de refus doivent être communiqués par écrit aux patients.

Informers les usagers et intervenants

9. Diffuser largement l'information aux usagers, intervenants, médecins, administrateurs, etc. Une possibilité serait la publication d'un dépliant explicatif qui serait disponible dans le réseau : CH (notamment l'urgence), CLSC, organismes communautaires, cliniques privées, etc.
10. Obtenir l'appui des responsables des plaintes dans ces démarches.
11. Rappeler que l'objectif est l'accès aux services et qu'il comprend le droit de choisir; dans ce contexte, il importe de minimiser le poids des limites administratives de la sectorisation, des ressources limitées, etc.

Améliorer l'équité

12. Ajuster les ressources à la demande. Réviser annuellement les budgets des départements de psychiatrie pour correspondre à leurs diverses responsabilités et aux besoins des usagers. S'assurer d'une procédure régionale flexible et prompte; sinon, la situation n'évoluera pas.
13. Financer les établissements selon la population du secteur et le niveau d'activité.
14. Augmenter le financement des ressources de psychothérapie dans les services ambulatoires.

15. Financer les programmes de 2^e et 3^e ligne de façon distincte, flexible et prompte.

Améliorer l'accès à une variété de services et d'approches

16. Améliorer la concertation pour favoriser le développement d'une variété d'approches psychothérapeutiques éprouvées.
17. Identifier des mécanismes pour s'assurer que les usagers aux troubles les plus graves et persistants continueront de bénéficier des services requis.
18. Amener les départements à recentrer davantage leurs activités sur les clientèles nécessitant des services spécialisés; conséquemment, ils devraient augmenter les soins partagés avec les médecins de famille qui prendraient ainsi les soins de base en santé mentale.
19. Augmenter la consultation auprès des intervenants de première ligne qui peuvent assurer une réponse appropriée près du milieu.

Coordination, suivi et évaluation

20. La Régie s'assurerait de l'application des mécanismes locaux et gérerait la coordination régionale. Elle ferait une rétroaction annuelle à son conseil d'administration et aux établissements.
21. La Régie évaluera les impacts de l'application de ces recommandations.
22. Le terme « sectorisation » devrait être remplacé par une expression mettant l'emphase sur les mécanismes d'accès.



5. PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION SOMMAIRE

1. Validation du rapport à la Régie régionale

- ◆ Services
 - Santé mentale, Conseil et aide à la clientèle,
- ◆ Directions
 - Programmation et coordination, Relations avec la communauté
- ◆ Correction du rapport
 - Selon les commentaires des services et des directions

2. Validation du rapport dans le réseau

- ◆ Centres hospitaliers
 - Directeurs généraux, directeurs des services professionnels et chefs des départements de psychiatrie
- ◆ Usagers et représentants
- ◆ Plaintes
 - Responsables des plaintes des centres hospitaliers
- ◆ Autres
 - CMR, DRMG, CLSC, organismes communautaires

3. Adoption du rapport final et d'un plan d'action

- ◆ Révision suite aux réactions du réseau
- ◆ Adoption par le conseil d'administration de la Régie régionale

4. Implantation

- ◆ Information aux partenaires
 - Dépliant d'information
 - Rencontres d'information
- ◆ Ajustement des bases budgétaires
- ◆ Autres éléments selon le plan d'action adopté

5. Suivi - évaluation

- ◆ Suivi des plaintes
- ◆ Évaluation (service des études et de l'évaluation de la Régie régionale)
- ◆ Mécanismes de reddition de comptes

6. RÉFÉRENCES

1. Commissaire aux plaintes. [Réponse à un usager concernant le refus du Centre hospitalier Pierre-Boucher de donner des services de psychiatrie en raison du lieu de résidence, décision consé-
quente à l'application de la pratique de la sectorisation en psychiatrie.] Sous la signature de
monsieur Rénauld Gendron, délégué du commissaire. Le 23 juillet 1999.
2. Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain (Janvier 1988).
Nouvelle sectorisation des services de santé mentale de courte durée aux adultes. C SSRMM.
(Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 1987).
3. Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain (Juin 1983).
*La responsabilité sectorielle des centres hospitaliers de la région de Montréal métropolitain [06A]
quant à la dispensation des services psychiatriques aux adultes*.
4. Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain (Juin 1990).
Plan d'organisation des services de santé mentale de la région de Montréal métropolitain.
C SSRMM.
5. Gouvernement du Québec (1991). Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant
diverses dispositions législatives. L.Q. 1991, c. 42.
6. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de
santé mentale*. MSSS : Publication Québec.
7. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Juin 1996). *Sectorisation
des services psychiatriques de courte durée pour adultes - Selon la municipalité, le code postal et
le CLSC - Région de Montréal*.
8. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Oct. 1996). *Sectorisation
des services psychiatriques de courte durée pour les adultes, selon le code postal. Région de
Montréal-Centre*. Version électronique. ISBN: 2 - 921254 - 75 - 1.
9. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Jan. 1999). *Rapport sur
les plaintes des usagers - 1997-1998*. Pages 156-158.
10. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Avril 2000). *Rapport sur
les plaintes des usagers - 1998-1999 et rétrospective*. Pages 136-138.





RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3L9