

PROJET



Clinique

SANTÉ
mentale

PROJET



Clinique

SANTÉ
mentale

GRILLE
de travail



SANTÉ
mentale

GRILLE
de travail

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Chaudière-
Appalaches





Merci à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et l'écriture de ce document, particulièrement à Yves Dufresne. Merci également à Louise Paré et Édith St-Hilaire pour leur précieuse collaboration dans la réalisation de la partie Santé publique. Merci à Lucie Pelchat, France Dion, Louise Fortin et Chantal Simard pour leur participation à la relecture.

© Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches, 2005.

Réalisation : France Boivin

Dactylographie, mise en page : Nathalie Jouanneau

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

ISBN :  2-89548-296-9 (version imprimée)
 2-89548-295-0 (version PDF)

Dépôt légal :  Bibliothèque nationale du Canada, 2005
 Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

Le contexte

Le projet clinique *Santé mentale* s'inscrit dans la perspective où les problèmes de santé mentale iront en s'accroissant au cours des prochaines années. À ce jour, ils se situent déjà au deuxième rang des maladies invalidantes devant les cancers, mais derrière les maladies cardiovasculaires. D'ici 2020, on prévoit que la dépression sera la principale cause des années d'invalidité dans les pays industrialisés.

Compte tenu des préjugés auxquels les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale font face, il y a encore trop peu de personnes qui consultent. Seulement 32 % des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale consultent. Pourcentage qui s'abaisse à 50 % chez les jeunes de moins de 18 ans, il faut donc arrêter de considérer les problèmes de santé mentale comme une problématique parmi d'autres et la considérer à l'équivalent de la toxicomanie, du suicide, de la violence. La santé mentale n'est pas une problématique, elle est une composante intégrale de la santé lorsque l'on considère celle-ci dans sa globalité. La santé mentale, au même titre que la santé physique ou environnementale, doit faire l'objet d'une évaluation, d'un diagnostic et d'une intervention comme chacune des problématiques que l'on peut rencontrer dans le système de santé québécois.

C'est donc dans une perspective de développer l'expertise en santé mentale dans chacun des programmes du réseau de la santé que le présent projet clinique s'inscrit. Pour les troubles spécifiques de santé mentale, le virage vers des services de première ligne a comme objectif de diminuer la stigmatisation des personnes atteintes. L'accès à l'exercice d'une pleine citoyenneté et l'appartenance à une communauté de vie sont des déterminants fondamentaux d'une bonne santé, qui militent en faveur d'un accès à des services de santé mentale plus près des milieux de vie des personnes. De plus, les services de 1^e ligne possèdent l'expertise du soutien à domicile, de l'intervention communautaire et du support aux réseaux naturels d'aide. Ils sont les mieux positionnés pour développer des interventions intersectorielles où le partage des responsabilités avec la communauté remplace les approches traditionnelles de prise en charge. En faisant de l'intégration sociale et de l'accès à une pleine citoyenneté ses priorités d'organisation, le réseau de la santé ne peut se permettre de rater son virage vers la 1^e ligne dont la consolidation devient donc un incontournable.

Le *trouble mental* est une maladie accompagnée de manifestations psychologiques ou comportementales qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. « Il est cependant admis que ces troubles émergent à un point d'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. » L'expression plus générale de *problèmes de santé mentale*¹ renvoie à un ensemble de situations problématiques qui résultent de la perturbation des rapports entre la personne et son environnement. Ces problèmes ont des formes d'expression multiples et sont en lien, notamment, avec des conditions de vie difficiles telles que la pauvreté, l'isolement, d'événements stressants comme la perte d'un être cher ou traumatisants comme l'abus sexuel.

Les troubles mentaux sont qualifiés de *graves* lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative sur les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production du travail.² Ils sont dits *modérés* s'ils rencontrent des critères de diagnostics, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu et nécessitent un traitement. Les troubles modérés sont donc moins handicapants que les troubles mentaux graves par contre, ils sont plus courants et on observe qu'ils sont aujourd'hui en voie d'augmentation.

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, de 2 % à 3 % de la population adulte a un trouble mental grave. Chez les jeunes de moins de 18 ans, les études épidémiologiques depuis plus de 10 ans font état d'une prévalence de troubles mentaux d'environ 15 % à 20 % dont le tiers est grave. Les

¹ MSSS, Comité de la santé mentale du Québec, *Pour enrichir la politique de santé mentale du Québec*, 1994.

² Anne Gauthier, *Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements de la recherche évaluative*, Québec, MSSS, coll. Études et analyses, n°. 39, 1998.

jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de souffrir de certains troubles mentaux tels la maladie affective unipolaire ou bipolaire, les troubles paniques, la phobie sociale ou encore l'agoraphobie.

Selon l'*Organisation mondiale de la santé*, les troubles mentaux représentaient en 1998, dans les pays industrialisés, 23 % des années de vie vécues avec une incapacité comparativement à 15 % en 1990. Plus près de nous, l'*Enquête sociale et de santé de 1998* estimait à 20 % la population aux prises avec un indice élevé de détresse psychologique. Pour les jeunes de 15-24 ans, cet indice était de 28 %. La détresse psychologique, dans sa manifestation la plus extrême qu'est le suicide, est devenue la première cause de mortalité au Québec chez les hommes de 15-39 ans.

On estime maintenant qu'une personne sur cinq souffre d'une forme ou l'autre de maladie mentale au cours d'une année ce qui en fait un problème fort important auquel le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a décidé résolument de s'attaquer en ciblant les services offerts à cette clientèle comme priorité nationale. Ainsi, le Ministère, dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010, « fait le choix stratégique de développer prioritairement une forte offre de service de 1^e ligne rapidement accessible pour toute la population. Ce choix devrait entraîner un désengorgement des services de 2^e et 3^e ligne pour toutes les clientèles qui le requièrent. »³

La transformation des services de santé mentale au Québec est entreprise depuis de nombreuses années. En 1989, le Québec se dotait d'une politique de santé mentale qui faisait chose du passé le modèle asilaire et qui proposait le virage vers un modèle de réadaptation basé sur le développement des capacités de chaque individu et sur une réponse adaptée à ses besoins. Près de 10 ans plus tard, soit en 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait son plan d'action en santé mentale qui soulignait de manière encore plus marquée, la nécessité de faire de l'appropriation individuelle et collective du pouvoir par les personnes atteintes, la trame de fond de l'ensemble de la transformation des services.

Plus récemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux ciblait la santé mentale à titre de priorité nationale et s'engageait à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, pour améliorer l'aide que nous offrons, comme société, aux personnes ayant un trouble mental. En ce sens, en janvier dernier, il déposait un plan d'action qui prend assise sur le développement prioritaire d'une forte offre de service de 1^e ligne rapidement accessible pour toute la population. Ses principes directeurs sont les suivants :

- Répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières (interétablissements et interprogrammes) qui balisent nos interventions ;
- Informer et outiller les personnes utilisatrices afin de favoriser la participation des usagers à l'implantation du plan d'action ;
- Intervenir précocement dans les services de 1^e ligne et, ainsi, réserver les ressources spécialisées aux seuls cas qui le requièrent ;
- Favoriser l'intégration sociale et le rétablissement des personnes ayant un trouble mental grave ;
- Reconnaître le potentiel des personnes ayant un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent ;
- Développer une culture de collaboration, basée sur le respect et la confiance, entre les différents acteurs.⁴

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2008, Document de consultation*, janvier 2005.

⁴ *Plan d'action en santé mentale 2005-2008, Document de consultation*.

Ce plan propose ainsi des mesures jugées structurantes pour consolider la 1^e ligne :

- Implication des omnipraticiens en santé mentale ;
- Implantation de la fonction consultative pour les psychiatres ;
- Consolidation du suivi communautaire dans chaque CSSS ;
- Services de psychologie accrus en 1^e ligne en lien avec les GMF (0-100 ans) ;
- Virage de l'hébergement sur le logement social avec service de support ;
- Implantation d'une équipe de santé mentale en jeunesse ;
- Consolider la liaison et la prise en charge entre CH et CLSC pour la clientèle à risque suicidaire élevé.

Programme national de santé publique (PNSP)

« On dispose aujourd'hui de données qui montrent que les interventions et les stratégies visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies psychiatriques s'avèrent efficaces et donnent toute une série de résultats dans les domaines sanitaire, social et économique, lorsqu'elles sont dûment mises en œuvre. ».⁵

Agir en amont, c'est donc permettre aux personnes de prendre en main leur santé et de l'améliorer. C'est développer les facteurs de robustesse et de conditions sociales et économiques favorables. C'est aussi reconnaître les facteurs de risque et chercher à les réduire, à les modifier. La santé mentale relève « d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La promotion de la santé mentale est une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à améliorer la santé mentale. L'une d'entre elles consiste à encourager les ressources et compétences individuelles, ainsi que l'environnement socioéconomique. La promotion de la santé mentale requiert une action plurisectorielle, associant plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie, de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux et communautaires, ainsi que des organisations non-gouvernementales ou communautaires telles que des groupes d'appui sanitaire, des églises, des clubs et d'autres organismes. ».⁶

Les interventions proposées visent à développer les aptitudes personnelles et sociales afin que tous, enfants, jeunes, adultes et aînés, des deux sexes, soient en mesure d'adopter des habitudes de vie saines et sécuritaires, à améliorer leurs conditions de vie et à créer des environnements favorables pour la mobilisation et le soutien dans les milieux de vie. Ces interventions en amont visent à prévenir un ensemble des problématiques psychosociales : le suicide, les troubles anxieux et dépressifs, le stress, la consommation de psychotropes, la détresse psychologique, le jeu pathologique, la violence, etc. Leur prévention nécessite une intervention précoce en bas âge pour toute la population et pour les clientèles à risque, incluant la détection précoce des cas en émergence. Les principales interventions préventives sont décrites plus en détail dans le « Projet clinique santé publique » qui s'appuie sur le *Plan d'action régional 2003-2007* (PAR) et sur le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

Indicateurs de résultats de santé (selon le Plan de surveillance)

- Proportion de la population se situant dans la catégorie élevée à l'indice de détresse psychologique ;
- Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux (psychose, troubles de la personnalité, troubles névrotiques) ;
- Taux de mortalité par suicide.

⁵ OMS, *Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiatriques*, 2004.

⁶ OMS, *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*, 2001.

Le portrait de la population

Morbidité

- 20 % des jeunes présentent au moins un trouble mental (Breton et coll 1999) ;
- 10 % ont un trouble mental avec problème d'adaptation (Romano et coll 2001) ;
- La comorbidité est d'environ 30 % dans la population en général. Dans les services cliniques, elle s'élève à 70 % (ESSEA 1999) ;
- 20 % de la population est aux prises avec un taux élevé de détresse psychologique ;
- Dans sa manifestation la plus extrême qu'est le suicide, la détresse psychologique est devenue la première cause de mortalité au Québec chez les hommes de 15-39 ans ;
- Le Québec se classe au 3e rang dans le monde pour son taux de mortalité par suicide chez les hommes et au 6e en ce qui concerne les femmes⁷ ;
- Les réclamations en invalidité pour problèmes de santé mentale représentent 33 % de l'ensemble des demandes.

En Chaudière-Appalaches

- Chez les 18-34 ans, le nombre d'hospitalisations pour psychose est inférieur à celui du Québec, dans la région et dans tous les territoires de RLS. Il est cependant plus élevé dans la région pour les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité (psychoses : CA 23,8 – Q 30,3 ; troubles névrotiques CA 17,8 – Q 12,6 ; troubles de la personnalité CA 10,5 – Q 7,1 taux bruts/10 000) ;
- Chez les 35-49 ans, le nombre d'hospitalisation pour troubles névrotiques est plus élevé dans la région (26,6/10 000) qu'au Québec (17,6/10 000). Il en est de même pour les troubles de personnalité (CA 11/10 000 – Q 7,5/10 000). Le taux d'hospitalisation pour psychoses est principalement élevé dans le territoire de Beauce (54,7/10 000) par rapport à la région (36,9/10 000). C'est la région de Thetford qui est au sommet de l'échelle pour les troubles névrotiques (T 42,3 – CA 26,6) et pour les troubles de la personnalité (T 19,8 – Q 11,0) ;
- Chez les 50-64 ans, la seule différence observée entre la région et le Québec est pour les troubles névrotiques (CA 17,3 – Q 11,7) ;
- Pour la région, le taux d'hospitalisations pour psychoses est de 31,5 (Q 30,8) pour les 65-74 ans et de 33,6 (Q 33,3) pour les 75 ans et plus. Pour les psychoses organiques, le taux en Chaudière-Appalaches est de 11,3 (Q 11,7) pour les 65-74 ans et il s'élève à 66,9 (Q 73,7) chez les 75 ans et plus ;
- Chez les 65-74 ans, le secteur Montmagny-L'Islet est plus touché pour les psychoses (MI 39,2 – CA 31,5), la région de Thetford pour les troubles névrotiques (T 25,5 – CA 13,2). Pour les plus de 75 ans, Montmagny-L'Islet présente le plus haut taux de psychoses organiques (MI 81,0 – CA 66,9) et de psychoses (MI 40,8 – CA 33,6). La Beauce semble plus touchée par les troubles névrotiques (B 24,6 – CA 16,3).

Le suicide

- Le suicide est au 2e rang des principales causes de décès chez les 18-34 ans (29,7 %). En 2001, la Beauce obtenait le plus haut taux avec 36,6/10 000, suivi des Etchemins 30,8 et du Grand Littoral 29,3. Le taux subit une baisse à la période 1997-2001 par rapport à la période précédente 1992-1996 ;
- Chaudière-Appalaches se situe au 4e rang parmi les 15 régions du Québec quant à la mortalité par suicide. Le taux ajusté pour 1999-2001 observé dans la région est de 24,9 alors que celui du Québec se situe à 19,1 ;
- Les hommes comptent plus de décès et affichent un taux de mortalité par suicide plus élevé que celui des femmes. Cependant, le taux est en hausse croissante chez les femmes. Ce taux tend à augmenter jusqu'à 50 ans, le groupe des 40-49 ans étant le plus affecté⁸.

⁷ ACCQ, Offre de service de 1^{re} ligne en santé mentale, juin 2004.

Le programme *Santé mentale*

POPULATION CIBLE

Toute personne à risque de souffrir d'un problème de santé mentale, qu'il soit transitoire ou permanent.

CLIENTÈLES PRIORITAIRES

- ⦿ Adultes ayant des troubles transitoires ou sévères de santé mentale ;
- ⦿ Jeunes dont la santé mentale est menacée ;
- ⦿ Enfants et jeunes aux prises avec des problèmes transitoires ou sévères de santé mentale et leur famille ;
- ⦿ Personnes aux prises avec des idéations suicidaires et de la détresse psychologique ;
- ⦿ Personnes aux prises avec une double problématique.

CLIENTÈLES ÉMERGENTES

- ⦿ Personnes âgées avec des problèmes de santé mentale ;
- ⦿ Personnes avec des problèmes de dépendance associés ;
- ⦿ Enfant TDAH ;
- ⦿ Les chômeurs et les travailleurs de tous les secteurs d'activité économique, particulièrement ceux de la santé et des services sociaux.

CIBLES CLINIQUES PRIORITAIRES

- ⦿ Accès à des services d'évaluation et de traitement en 1^{er} ligne ;
- ⦿ Amélioration de la disponibilité des services médicaux aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille ;
- ⦿ Ajout de services pour permettre aux personnes sévèrement atteintes de vivre en société (services de soutien intensif et services résidentiels) ;
- ⦿ Consolidation de l'offre de service du soutien à domicile (suivi intensif et suivi d'intensité variable) dans une optique d'éviter l'hébergement ou l'hospitalisation.

⁸ Roy, L., *Profil statistique du suicide en Chaudière-Appalaches*, 2005.

Indicateurs de résultats

- Rendre accessibles localement, par des omnipraticiens et par des travailleurs psychosociaux, des services d'évaluation et de traitement de 1^e ligne :
 - Nombre d'usagers (0-17 ans) souffrant de troubles mentaux et ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en 1^e ligne en santé mentale dans les CSSS ;
 - Nombre d'adultes, 18 ans et plus, souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de 1^e ligne dans les CSSS ;
- Assurer la mise en place, dans les équipes de SM adulte, des services de soutien à l'intégration dans la communauté (soutien intensif et variable) :
 - Nombre d'adultes desservis par des services de soutien intensif ou continu dans la communauté ;
 - Nombre d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté ;
- Déployer le projet REMI dans l'ensemble des territoires de CSSS.

L'organisation actuelle des services

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
PROMOTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOSOCIALE AUPRÈS DE TOUTE LA POPULATION ET DE LA CLIENTÈLE VULNÉRABLE												
Pratiques cliniques préventives Inclus : - services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité ; - services intégrés en prévention des problématiques psychosociales chez les adultes.		X	X		X	DSP	X	X			Les médecins et les professionnels de la santé jouent un rôle déterminant dans la promotion et la prévention des problèmes psychosociaux et de santé dans leur travail. Ces pratiques doivent être encouragées auprès de tous les médecins et autres professionnels.	• Soutenir les médecins et autres professionnels de la santé en matière de pratiques cliniques préventives en tenant compte des recommandations du <i>Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs</i> ; • Soutenir le counselling sur les habitudes de vie et d'hygiène de vie ; • Soutenir les médecins et autres professionnels de tous les secteurs dans la détection des troubles mentaux auprès des jeunes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie.
Périnatalité et petite enfance		X	X	X	X	DSP	X	X			En prévention, il importe d'agir le plus tôt possible dans la vie et d'agir en réduisant les facteurs de risque et en développant les facteurs de protection.	• Ces actions visent à améliorer les conditions qui entourent la naissance ou la santé de tous les jeunes enfants et ceux qui proviennent de milieux socioéconomiquement défavorisés.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Promotion de l'allaitement maternel	X	X	X			DSP	X	X			Les avantages de l'allaitement au sein sont très nombreux et dépassent largement les effets bénéfiques sur la santé physique de la mère et de son enfant. L'allaitement au sein optimise le développement général de l'enfant et de son cerveau, la relation d'attachement, la socialisation de l'enfant, etc. Le développement psychosocial et cognitif des nouveau-nés et des nourrissons dépend de leur interaction avec leurs parents (OMS). Il est essentiel de refaire de l'allaitement maternel une norme culturelle, notamment par la mise en œuvre du programme Initiative des Amis des Bébés (IAB).	• Mettre en œuvre le plan d'action régional en allaitement maternel ; • S'approprier et mettre en œuvre le programme IAB dans les établissements de santé du réseau ; • Dispenser la formation requise par les normes mondiales de l'IAB aux intervenants du réseau ; • Maintenir et développer des liens entre les différents partenaires concernés par l'IAB (établissements, organismes communautaires, GMF, Info-Santé, etc.).
Promotion des liens d'attachement parents-enfants	X	X	X	X		DSP	X	X			Le développement psychosocial et cognitif des nouveau-nés et des nourrissons dépend de leur interaction avec leurs parents. Il est prometteur de mettre en œuvre des mesures visant le renforcement du lien d'attachement parent-enfant. De plus, des récentes recherches confirment l'importance du père dans le développement de l'enfant.	• Favoriser l'attachement parent-enfant ; • Promouvoir l'engagement paternel, tout particulièrement dans les premières années de vie ; • Soutenir la détection précoce des problèmes d'attachement auprès de tous les intervenants qui œuvrent auprès des familles.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité Inclus : - volet soutien aux jeunes parents âgés de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant ; - volet soutien aux familles en situation d'extrême pauvreté, mères âgées de 20 ans et plus ; - intervention en milieu de garde (Entente CLSC-CPE et développement des habiletés prosociales) ; - programme de soutien éducatif précoce comprenant le soutien aux habiletés parentales et la stimulation précoce (PACE et Y'APP).	X	X	X			DSP					Les enfants provenant des familles vivant en contexte de vulnérabilité sont plus à risque de problèmes de santé physique et psychosociale tels que la naissance de bébés de petit poids, les retards de croissance intra-utérins, les comportements agressifs, la consommation d'alcool et de drogues, la délinquance, etc... Les services intégrés en périnatalité et petite enfance à l'intention de ces familles favorisent le développement physique et psychosocial optimal des bébés à naître et des enfants ainsi qu'à améliorer les conditions de vie des familles. Certaines interventions contribuent aussi au développement sain du lien d'attachement parent/enfant et à la protection de la santé mentale du parent.	- Consolider le suivi intensif en prénatal et en postnatal jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école par des visites à domicile, de l'accompagnement dans le milieu et des interventions de groupe ; - Soutenir la création d'environnements favorables par l'action intersectorielle locale et régionale ; - Poursuivre le soutien à l'action communautaire ; - Développer les habiletés prosociales, de communication et d'autocontrôle chez les enfants de moins de cinq ans ; - Analyser la situation régionale sur le soutien éducatif précoce en fonction des orientations nationales et élaborer un plan d'action régional ; - Réviser les projets PACE dans la région en fonction des orientations nationales attendues ; - Réseauter et mettre à niveau la formation des animateurs du programme Y'APP.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
École en santé Inclus : • programme Fluppy ; • toxicomanie et jeu pathologique ; • santé mentale et prévention du suicide.	X	X	X			DSP					L'ampleur des problématiques psychosociales touchant les jeunes de notre région (suicide, abus, violence, négligence, consommation d'alcool et de drogues, trouble de conduite, violence, etc.) incite fortement à développer une approche intégrée de prévention. S'appuyant sur un partenariat intersectoriel au niveau de l'école, cette approche agit simultanément sur plusieurs facteurs clés (estime de soi, compétence sociale, etc.) et sur plusieurs niveaux (école, familles, communautés, etc.).	• Déployer l'approche « École en santé » dans les établissements scolaires ; • Collaborer aux projets <i>Agir Autrement</i> du MEQ ; • Revoir les « Orientations régionales en promotion du bien-être et prévention primaire des problèmes psychosociaux chez les enfants et les jeunes » pour tenir compte de l'approche « École en santé » dans le milieu scolaire et du Programme de services intégrés en périnatalité et petite enfance.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Services intégrés en prévention des problèmes psychosociaux et de santé mentale chez tous les adultes Inclus : - consommation abusive de psychotropes chez les aînés ; - promotion de la santé mentale et prévention du suicide ; - toxicomanie et jeu pathologique ; - problèmes de santé attribuables au milieu de travail.	X	X	X			DSP	X	X			L'ampleur des problèmes psychosociaux touchant les adultes de tout âge de notre région (suicide, santé mentale, consommation de psychotropes-alcool, drogues et médicaments, jeu pathologique, violence, etc.) incite fortement à développer une intervention intégrée en promotion et en prévention. L'enjeu principal, entre autres, est que notre région détient l'un des plus hauts taux de suicide du Québec.	- Développer un service intégré visant la promotion de la santé psychosociale chez les personnes de plus de 18 ans par un intervenant dans chaque MRC qui mettra en œuvre un Plan d'action régional intégré élaboré par la DSP ; - Développer un modèle d'intervention de promotion de la santé mentale en milieu de travail en complémentarité avec les interventions visant la réduction des risques liés au travail.
Chaudière-Appalaches en santé	X		X			DSP					L'amélioration des milieux de vie et des conditions sociales des communautés permettent de réduire les conséquences de la pauvreté et, par conséquent, d'agir en amont des problèmes psychosociaux et de santé.	- Poursuivre le développement de la stratégie CAS visant la mobilisation des communautés, la participation sociale et « l'empowerment » ; - Soutenir les initiatives locales ; - Poursuivre l'animation de milieux.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
PRÉVENTION AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE											
Prévention auprès de la clientèle atteinte	X	X		X	X	DSP	X	X			Le PNSP ne couvre pas, sauf rare exception, le champ des interventions en prévention tertiaire, soit l'ensemble des mesures visant à freiner l'évolution de la maladie ou en réduire les conséquences. Ces services devraient être fournis dans les programmes spécifiques par le biais, notamment, des services de réadaptation et de suivi des personnes atteintes. Le Plan d'action déposé prévoit qu'au cours de l'année 2005-2006 le MSSS réalisera une campagne nationale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale et que cette campagne sera réalisée auprès des personnes atteintes et intervenants du réseau impliqués auprès d'elles.
											• Mettre en œuvre les programmes efficaces visant à augmenter les facteurs de robustesse des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ; • Soutenir les proches ; • Rendre accessibles, aux enfants de parents atteints de troubles mentaux, un soutien intensif lorsque requis et une offre de service appropriée ; • Participer à la campagne nationale pour contrer la stigmatisation de la clientèle selon le <i>Plan d'action en santé mentale</i>.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			

OFFRE DE SERVICE « CLIENTÈLE JEUNES »

ÉVALUATION-SOUTIEN-TRAITEMENT

Accueil :											Il y a peu de services d'AEO qui dépassent le traitement de demandes ponctuelles en ce qui concerne l'intervention psychosociale. Il y a encore peu de services d'AEO qui peuvent sortir afin d'intervenir directement dans le milieu lors d'une situation d'urgence même durant les heures d'ouverture.	- Consolider les services d'accueil et d'évaluation en y intégrant une équipe interdisciplinaire ; - Rendre disponibles des plages de services selon un horaire adapté aux besoins ; - Convenir de mécanismes de références entre les différents partenaires (MD, CSSS, organismes communautaires, CJ) ; - Mettre en place des trajectoires de services avec les services de 2^e ligne.
• info ;	X		CSSS	X			X					
• évaluation ;		X	CSSS	X								
• orientation ;	X	X	CSSS	X								
• référence.	X	X	CSSS	X	X		X					
Normes :											L'intervention de crise est bien structurée dans la région. Elle devra cependant être consolidée sur certains territoires, notamment au niveau de l'hébergement. Les CSSS établiront des ententes et des mécanismes de liaison entre les différents services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie.	- Consolider l'hébergement de crise par le biais d'ententes avec les OC ou autres partenaires sectoriels ou intersectoriels ; - Faciliter les liaisons avec les CH par l'établissement de corridors de services bidirectionnels ; - Déploiement du projet REMI sur l'ensemble du territoire ; - Faire connaître à la population un numéro de téléphone unique pour accéder à des services de crise en tout temps.
• Répondre dans un délai maximal de 7 jours à la personne ayant dirigé le patient vers les services de 1 ^e ligne ;												
• Donner accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours.												
Intervention de crise :												
• Intervention téléphonique ;	OC		CSSS	X		X	X		X			
• services face à face ;	X	X	CSSS	X		X				X		
• hébergement de crise ;	OC		CSSS			X			X	X		
• suivi court terme.			CSSS	X			X					

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Urgence hospitalière		X	X				CH				Les urgences hospitalières sont peu adaptées pour répondre aux besoins de la clientèle SM. De plus, les liens avec les services de 1^e ligne doivent être développés et formalisés. - Prévoir, dans les urgences hospitalières, des services adaptés aux besoins de la clientèle ; - Donner accès à des espaces physiques adaptés et sécuritaires ; - Augmenter la liaison entre les urgences hospitalières et Urgence-Détresse par le biais de protocoles formels et bidirectionnels.

ÉVALUATION-DIAGNOSTIC-TRAITEMENT

Soins infirmiers		X	CSSS	X			X	X			Les services en 1^e ligne sont insuffisants et doivent être consolidés. La présence médicale reste problématique. Les MD omnipraticiens ont besoin d'un accès simplifié aux services de 2^e ligne et d'un support professionnel lorsque nécessaire.	- Rendre accessibles à la clientèle atteinte, les services médicaux requis par son état ; - Consolider les services en santé mentale auprès des jeunes par la mise en place d'une équipe d'intervention complète et multidisciplinaire ; - Assurer la présence de médecins omnipraticiens auprès des équipes locales ; - Positionner les EIJ dans le continuum de services et optimiser leur utilisation ; - Supporter les MD œuvrant en 1^e ligne par la désignation d'un psychiatre responsable ; - Développer des programmes d'intervention TDAH en 1^e ligne ; - Mettre en place « un filtre » entre la 1^e ligne (FEJ) et 2^e ligne (pédo).
Serv. psychosociaux		X	CSSS	X	X		X	X				
Serv. médicaux		MD	CSSS	X			X	X		X		

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Soutien dans le milieu de vie	X			CSSS					X		Des groupes communautaires, groupes d'entraide dispensent des activités de jour auprès de la clientèle et des proches.	
⦿ Répit/dépannage	OC	⦿		CSSS		X	X			X	Quatre groupes communautaires offrent différentes formules de répit tant à la clientèle adulte qu'à celle des jeunes. Ces services sont cependant peu utilisés par les jeunes, particulièrement sur le Littoral. Des critères d'accès ont été identifiés et des services d'évaluation sont disponibles.	⦿ Faire connaître les services existants auprès des équipes des CSSS et vérifier l'adéquation des services offerts en fonction des besoins de cette clientèle.
Interventions auprès des suicidaires :										X	Les ententes CJ-CLSC devront être réactualisées. Peu de services existent dans les autres programmes CLSC pour la clientèle suicidaire.	⦿ Responsabiliser chaque équipe programme sur la prise en charge de sa clientèle suicidaire ; ⦿ Implanter le programme de suivi intensif (trois mois) auprès des clientèles suicidaires ; ⦿ Poursuivre le déploiement du projet REMI.
⦿ Jeunes ;		X	X	CSSS	CJ	X	X			X		
⦿ Proches.			X	CSSS	CJ	X	X			X		
Intervention et soutien jeunes avec problématique multiple				CSSS	CJ	X		X		X	Le CJ comble les besoins pour la clientèle nécessitant un hébergement. Il n'existe pas de service spécifiquement adapté pour répondre aux besoins de ces jeunes.	⦿ Clarifier les rôles des différents dispensateurs de services auprès de cette clientèle ; ⦿ Optimiser l'utilisation des PSI pour cette clientèle et en confier la mise en œuvre

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
											à un gestionnaire de cas. Interpeller, au besoin, les EIJ et s'assurer d'un lien étroit avec les équipes de 1 ^e ligne ; Mettre en place des ressources adaptées afin de répondre aux besoins de cette clientèle avec interventions multiprofessionnelles et selon un principe de co-responsabilité.
Traitement avec hébergement :					CJ			X		X	Consolider le support aux jeunes hébergés par l'implication directe auprès d'eux, dans leur milieu de vie (naturel ou substitut) d'équipes d'interventions en provenance des établissements spécialisés (CJ, CRDI, CSSS, SM).
mécanismes d'accès ;					CJ					X	
Gestion des places RI/RTF ;					CJ					X	
Gestion des unités internes.					CJ					X	
Norme : Assurer la présence d'une équipe de 2^e niveau dans Les centres jeunesse.											- Consultation pédopsychiatrique en centres jeunesse ; - Utiliser les Équipes d'Intervention Jeunesse pour les besoins de réadaptation ; - Développer des ressources spécialisées d'hébergement en santé mentale de type familial pour les jeunes ; - Assurer les liens avec les équipes jeunesse de 1^e ligne et travailler en co-intervention au besoin ; - Établir des protocoles CJ-CSSS afin de faciliter le transfert d'information et maintenir l'implication de la 1^e ligne auprès du jeune.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
SERVICES SPÉCIALISÉS												
• Hôpital de jour			CSSS				CH				Les liens entre la 1 ^e ligne et l'hôpital de jour sont à consolider. Des trajectoires et protocoles devront être identifiés afin de faciliter l'accès aux services de 2 ^e ligne. Du support devra être rendu disponible aux MD de 1 ^e ligne par le biais d'ententes et de corridors de services avec les médecins pédiatres et pédopsychiatres. Des services déconcentrés de type « hôpital de jour », particulièrement dans le volet évaluation, pourraient s'avérer une formule à préconiser dans une optique d'accessibilité.	• Au cours de l'année 2005-2006, les CSSS en partenariat avec les CMDP, les omnipraticiens, les psychiatres, les pédopsychiatres et le DRMG devront déposer à l'Agence une offre de services médicaux hiérarchisés ; • Consolidation des services de traitement spécialisé pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental (4,5 intervenants prof./100 000 pop. jeunes).
• Hospitalisation							CH					
Normes : • Offrir les services d'un pédopsychiatre répondant /50 000 de population jeune ; • Répondre à l'intérieur de 14 jours à l'intervenant ayant orienté le patient vers la 2 ^e ligne ; • Accès au traitement à l'intérieur de 60 jours.												

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			

OFFRE DE SERVICE « CLIENTÈLE ADULTES »

ÉVALUATION-SOUTIEN-TRAITEMENT

Accueil :	X	X	CSSS								Les services d'accueil se limitent souvent à une évaluation sommaire et une référence. Les équipes d'accueil sont incomplètes et des délais persistent dans certains milieux pour l'obtention d'une évaluation psychosociale complète. Les liens avec les OC ne sont pas formalisés.	- La consolidation et la spécialisation des services d'accueil afin de rendre accessibles des évaluations complètes et une orientation vers le service approprié ; - Faciliter les liens vers les services de 2^e ligne par l'identification de trajectoires de services ou de protocoles ; - Rendre formels les liens avec les OC et accompagner l'utilisateur dans sa démarche de façon à faciliter l'accès aux services appropriés à son état.
▫ info ;	X	X	CSSS									
▫ évaluation ;		X	CSSS	X								
▫ orientation.	X	X	CSSS	X								
Intervention de crise :		X	CSSS	X			X				L'intervention de crise est bien structurée dans la région. Elle devra cependant, sur certains territoires, être consolidée. Les CSSS établiront des ententes et des mécanismes de liaison entre les différents services de crise, les services de prise en charge dans la communauté et les services spécialisés de psychiatrie.	- Consolider l'hébergement de crise par le biais d'ententes avec les OC ou autres partenaires ; - Faciliter les liaisons avec les CH par l'établissement de corridors de services bidirectionnels ; - Compléter le projet actuellement en cours dans Montmagny-L'Islet (logements sociaux pour services de crise et pour transition) ; - Déploiement du projet REMI.
▫ urgence-détresse ;			CSSS		X				X			
▫ hébergement ;	OC		CSSS						X			
▫ soutien téléphonique.	OC		CSSS						X			

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
Urgence hospitalière			X				CH				Les urgences hospitalières sont peu adaptées pour répondre aux besoins de la clientèle SM. De plus, les liens avec les services de 1^e ligne doivent être développés et formalisés. • Prévoir, dans les urgences hospitalières, des services adaptés aux besoins de la clientèle ; • Augmenter la liaison entre les urgences hospitalières et Urgence-Détresse par le biais de protocoles formels et bidirectionnels.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				

ÉVALUATION-DIAGNOSTIC-TRAITEMENT

Soins infirmiers			X	CSSS			X		X			
Serv. médicaux		M D	CSSS				X			X	L'implication des MD auprès de cette clientèle est difficile compte tenu de leurs caractéristiques particulières.	Mise en place d'équipes multidisciplinaires (incluant MD ou psychiatres) dans chaque CSSS ;
Serv. psychosociaux			X	CSSS			X		X		Les services offerts aux clients souffrant de problématiques transitoires sont inégaux et insuffisants. Il existe peu de programmes spécifiques qui tiennent compte des problématiques particulières d'un groupe d'individus. Des liens de complémentarité devront être établis entre les ressources de 1^e et de 2^e ligne.	- Favoriser une liaison privilégiée avec les services psychologiques des CSSS et cliniques médicales (GMF, cabinets privés) par l'élaboration de protocoles ou par le biais d'ententes de collaboration ; - Augmentation de la prise en charge des problématiques transitoires ; - Développement de programmes spécifiques pour les clientèles spécifiques ; - Identifier et mettre en place des trajectoires de services bidirectionnelles entre les services de 1^e et de 2^e ligne.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Soutien à l'intégration sociale Norme : Offrir des services de soutien à l'intégration au travail à 58 pers./100 000h.	OC			CSSS		X					Différentes collaborations intersectorielles sont nécessaires pour le logement, le travail et l'éducation. Des collaborations peuvent également être nécessaires avec la justice afin de soutenir l'intégration sociale de la personne ayant un trouble mental. La capacité des CSSS d'offrir du soutien aux personnes vivant en logement autonome et en hébergement communautaire transitoire est limitée. Les programmes de type contrat d'intégration au travail (CIT) ne sont pas déployés. Il y aura lieu, pour les CSSS, de s'assurer de leur accessibilité à la clientèle concernée.	- Compléter la réorganisation des ressources selon les modalités qui seront déterminées par le plan d'action national ; - En collaboration avec les partenaires concernés, développer des logements autonomes là où ils sont absents ou insuffisants ; - Consolider le soutien aux personnes vivant en logements autonomes ; - Assurer l'accessibilité à des programmes d'emploi (CIT) ; - Consolider les services de soutien à l'intégration au travail.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
Soutien dans la communauté (intensif ou variable), troubles graves Normes : • Répondre à 75 % des besoins théoriques en terme de service intensif ; • Répondre à 100 % des besoins relatifs au soutien d'intensité variable.	OC	X	CSSS	CSSS		X	X	X		X	Le suivi intensif s'adresse aux personnes ayant un trouble grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire et intègre la participation du MD. Le soutien variable de type « case manager » s'adresse aux personnes ayant un trouble grave dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Les interventions visent le développement des compétences individuelles et l'accompagnement.	• Les CSSS poursuivront, en partenariat avec les CH et les organismes communautaires, l'implantation du suivi intensif et du soutien d'intensité variable (75 % des besoins théoriques en soutien intensif et 100 % des besoins en soutien d'intensité variable) ; • Mettre en place un mode d'intervention conjoint, selon un modèle de co-responsabilité ou de soins partagés, de façon à faciliter la fluidité et la continuité de l'intervention.
Défense de droits	OC										Ces services sont offerts par les OC dans chacun des territoires.	• Faire connaître les services et les consolider là où cela est requis.
Intervention auprès des suicidaires : • Personne ; • Proches. Normes : • D'ici 2006, implanter des mécanismes de liaison dans tous les RLS ; • D'ici 2007, offrir un programme de suivi pour les personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les RLS.											Peu de services existent dans les autres programmes CLSC pour la clientèle suicidaire. Les services requis auprès de la clientèle suicidaire sont les suivants : intervention téléphonique 24h/7j, intervention de crise, intervention préventive auprès des personnes en difficulté, services de postvention et services aux endeuillés, information et soutien aux proches. Certains OC interviennent	• Responsabiliser chaque équipe programme sur la prise en charge de sa clientèle suicidaire ; • Implanter le programme de suivi intensif (trois mois), médical et psychosocial dans la communauté, auprès des clientèles suicidaires ; • Poursuivre le déploiement du projet REMI ; • Implanter des interventions de soutien individuel ou de groupe en difficulté ou en situation de crise (hommes
	X	X	CSSS	X	X	X	X			X		

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action		
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire		
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne				
											en prévention du suicide auprès d'une clientèle plus vulnérable (Hommes en rupture). Il y aurait lieu de s'assurer que ces organismes sont connus et que des mécanismes de références soient mis en place (si jugé pertinent en fonction des travaux actuellement en cours à la DSP).	et jeunes 15-25 ans) ; • Implanter des mécanismes de liaison et de transmission d'information entre la 1 ^e ligne, les MD et les services spécialisés.
Traitement avec hébergement :											Les mécanismes d'accès devront être revus en fonction du résultat des travaux régionaux actuellement en cours.	• Décentraliser les mécanismes d'accès ; • Évaluer la possibilité de développer conjointement (par exemple SM-DI ou CJ-CRATCA) une ressource adaptée pour la clientèle présentant une multiproblématique et où seraient dispensées des services en provenance des différents réseaux dans un mode de co-responsabilité ;
• mécanismes d'accès ;				CSSS						X		• Les services d'hébergement de longue durée seront revus en fonction des résultats des travaux régionaux.
• hébergement de réadaptation multiproblématique (PPA-DI-DP-Toxico). Normes : • Hébergement avec encadrement intensif : • 20 à 30 places / 100 000h ; • Hébergement avec soutien léger : 40 places/100 000h ; • Soutien au logement : 50 places/100 000h.				CSSS	X	X				X	L'hébergement pour la clientèle présentant une multiproblématique constitue un problème important. L'hébergement de longue durée fait l'objet de travaux régionaux.	• Les services d'hébergement de longue durée seront revus en fonction des résultats des travaux régionaux.

Accès aux services	Dispensateurs				Ententes requises		Constats	Pistes d'action
--------------------	---------------	--	--	--	-------------------	--	----------	-----------------

Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			

SERVICES SPÉCIALISÉS

Courte durée : unité d'intervention brève.				X			CH				L'HDL a entrepris une transformation de ses services afin de les spécialiser en fonction des caractéristiques des clientèles. Il existe aujourd'hui de petites entités telles l'unité d'intervention brève (6 lits), la psychogériatrie (12 lits), de traitement intensif et intermédiaire selon la spécificité des problématiques présentées par les usagers. Une unité de thérapie comportementale de courte durée (UTCC) est également accessible.	• Mettre en place des trajectoires de services avec les CSSS ; • Établir des protocoles de références avec la 1^e ligne ; • Identifier comment du support pourrait être accordé aux intervenants de 1^e ligne par les services spécialisés de 2^e ligne ; • Faciliter l'accès à la psychogériatrie aux MD et équipes d'intervention de 1^e ligne (psychogériatrie ambulatoire, hôpital de jour) ; • Assurer des liens avec la 1^e ligne ou avec des OC lors du retour de l'usager dans son milieu de vie ; • UTCC : définir la clientèle qui y est admissible, faire connaître le service et assurer les liens pour références avec les établissements et organismes de 1^e ligne.
Moyenne durée							CH					
Psychogériatrie				X				CH				
Normes : • Accessibilité au service de psychiatrie dans un délai maximum de 60 jrs ; • Répondre à l'usager dans un délai maximum de 14 jrs.												
Hôpital de jour				CSSS			CH					• Positionner l'hôpital de jour dans le continuum de services ; • Mettre en place des mécanismes de référence avec les services de 1^e ligne.

Accès aux services		Dispensateurs				Ententes requises		Constats		Pistes d'action	
Gamme de services	Org. comm.	MD	CSSS		Partenaires		CH		Actualisées	À faire	
			Services généraux	Services spécifiques	CJ CR	Autres	1 ^e ligne	2 ^e ligne			
AUTRES											
Ordonnance d'évaluation								CH			Positionnement national en médicolégal.
Clientèle présentant une comorbidité				X			X	CH			Il n'existe pas de services véritablement structurés pour répondre aux besoins de cette clientèle. <