

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

Type clientèle  
Installation

Clientèle sur civière  
CHRTR

DMS en heures

CMD	GPA
1900 Mentaux (Maladie et troubles)	295.3 Schizophrénie paranoïde/Délire paranoïde
	295.7 Maladie schizo-affective
	295.9 Schizophrénie
	296.0 Manie/Hypomanie/MAB phase maniaque/Maladie affective bipolaire
	296.1 Dépression majeure/Dépression psychotique/MAB dépressive/Maladie affective
	296.5 Psychose maniaque dépressive, forme circulaire, cyclothymie
	296.6 Maladie affective bipolaire/MAB/PMD
	296.9 Psychose affective/Mélancolie
	297.1 Délire paranoïaque/Paranoïa
	297.8 État délirant/Délire
	297.9 Psychose paranoïde
	298.9 Confusion/Psychose non précisée
	300.0 Anxiété/Angoisse/États anxieux/Crise-Attaque de panique
	300.1 Hystérie/Globus hystericus
	300.2 Phobie/États phobiques/Agoraphobie
	300.4 Dysthymie/Syndrome anxio-dépressif/Dépression névrotique
	300.5 Burn-Out
	300.7 Hypochondrie/Hypochondrie
	300.9 Tentative de suicide/Idées suicidaires/Geste para-suicidaire/Acting-Out
	301.3 Agressivité/Personne violente, colérique/Risque homicide
	301.6 Personnalité passive, dépendante (Trouble)
	301.7 Personnalité asociale, antisociale (Trouble)
	301.8 Personnalité borderline, limite (Trouble)
	301.9 Trouble de la personnalité autre ou non précisé
	307.9 Agitation/Troubles du comportement
	308.9 Choc émotionnel
	309.0 Dépression situationnelle/Trouble d'adaptation dépressive/Réaction de deuil
	309.2 Trouble adaptation-humeur anxieuse
	309.9 Trouble de l'adaptation SAI/Stress
	311.9 Dépression/Troubles dépressifs/État dépressif
	312.9 Trouble de la conduite
	780.1 Hallucinations
	780.50 Trouble du sommeil SAI
	780.52 Insomnie
	V71.0 Suspicion de maladie psychiatrique
	Séjour moyen

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

Projet pilote CCNU en santé mentale sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières.

Évaluation diagnostique des variables déterminant la DMS en santé mentale  
à la salle d'urgence du CHRTR

27 février 2008

TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>CIBLES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) À ATTEINDRE POUR LA FIN DE L'ANNÉE 2007-2008</b> .....	<b>3</b>
<b>BENCHMARKS ET REPÈRES PRINCIPAUX</b> .....	<b>5</b>
A) Au fil des dernières années, taux de croissance du volume des cas SM à la salle d'urgence.....	5
B) Les similitudes entre la performance du CHRTR et les benchmarks.....	5
C) À l'aide des benchmarks, identification des zones potentielles d'amélioration de la DMS sur le territoire du CSSS-TR8	
<b>IDENTIFICATION DES FACTEURS POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR LA DMS</b> .....	<b>11</b>
<b>Variables ayant une corrélation significative avec la DMS</b> .....	<b>11</b>
1. Statut « Ambulatoire vs Civière ».....	11
2. L'admission.....	12
3. Le département où se fait l'admission.....	14
4. L'âge (surtout X > 65 ans).....	15
5. Consultation en spécialité.....	16
6. Le diagnostic.....	17
7. Période d'inscription au triage.....	19
<b>Variables ayant une corrélation nulle à faible avec la DMS</b> .....	<b>20</b>
1. La période administrative.....	20
2. La priorité (P1 à P5) établie au triage.....	20
3. Le jour de la semaine.....	20
<b>Variables dont la corrélation avec la DMS demeure à démontrer</b> .....	<b>21</b>
1. L'absence absolue de patients quittant la salle d'urgence en « <i>signant un refus de traitement</i> ».....	21
2. Évaluations en consultation par le psychiatre.....	21

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sommaire de la condition de départ au CHRTR et des cibles du MSSS pour l'année 2007-08.....	3
Tableau 2 : Depuis 2002-03, évolution à la salle d'urgence du CHRTR des 4 paramètres « ciblés » par le MSSS.....	4
Tableau 3: DMS des cas ambulatoires, des cas civières et globale .....	11
Tableau 4: Contribution à la DMS globale des cas admis .....	12
Tableau 5: Délais impliqués dans la DMS des cas admis .....	13
Tableau 6: DMS en fonction d'une admission au 3D, UHB, USI et médecine générale .....	14
Tableau 7: DMS, % du volume total et contribution à DMS globale des cas civières en fonction de l'âge.....	15
Tableau 8: Caractéristiques de la consultation en psychiatrie.....	16

## Introduction

En tenant compte des « benchmarks » appropriés, nous situerons la performance du territoire du CSSS-TR en matière de durée moyenne de séjour (DMS), pour les cas de la catégorie santé mentale (SM), à la salle d'urgence du CHRTR. Nous établirons les déterminants de cette DMS afin d'isoler les variables sur lesquelles des actions pourraient être portées pour améliorer la performance. Au fur et à mesure que ces variables seront circonscrites, nous émettrons des hypothèses pour expliquer les phénomènes observés. Nous proposerons également des indicateurs qui permettront de mesurer l'impact d'actions agissant spécifiquement sur des leviers particuliers. En somme, nous aspirons à dresser un portrait diagnostique des déterminants de la DMS des cas de SM à la salle d'urgence au CHRTR et à esquisser des idées pouvant paver la voie à la poursuite du projet pilote.

À partir de novembre 2007, nous avons eu accès à des données informatiques en provenance du CHRTR et de l'Agence. Le présent rapport propose un résumé de l'analyse faite de ces données. Ainsi, nous avons voulu dispenser le lecteur de l'examen, parfois fastidieux, des détails de l'information étudiée. Toutefois, sur demande, l'Agence pourra produire toutes les références nécessaires afin que le lecteur intéressé puisse valider les données et les calculs sur lesquels s'appuient les affirmations avancées dans le présent document.

## Cibles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à atteindre pour la fin de l'année 2007-2008

Tableau 1 : Sommaire de la condition de départ au CHRTR et des cibles du MSSS pour l'année 2007-08

DMS en santé mentale Cas civiliers	Condition de départ à la salle d'urgence du CHRTR  Moyenne cumulée 2006-07	CIBLES DU MSSS 2007-08  Moyenne cumulée 2007-08	Résultats du projet pilote à P-10 (2007-08)  Salle d'urgence du CHRTR
DMS civilière	19.1 h	16.0 h	18.8 h
% DMS > 48 heures	6.2 %	3.5 %	5.3 %
% DMS > 24 heures	25.5 %	18 %	25.8 %
% DMS > 120 heures	0	0	0

Le tableau 1 résume les 4 cibles établies par le comité de coordination national des urgences (CCNU) et la direction de la santé mentale (DSM) du MSSS au début du projet pilote, soit au cours de l'hiver 2007. Elles devaient être atteintes d'ici le 31 mars 2008. Mis à part le maintien d'une absence quasi totale de cas de DMS > 120 heures, le projet pilote n'a pas généré d'amélioration significative de la DMS en fonction de 3 des 4 cibles édictées au départ.

Au cours de l'hiver 2008, la possibilité de réévaluer l'atteinte des cibles 2007-08 en fonction des seuls véritables cas SM était suggérée par la direction de la santé mentale (DMS) du MSSS. En effet, un certain pourcentage des cas documentés dans la catégorie diagnostique « santé mentale » ne relève pas de la juridiction de la direction de la santé mentale à l'Agence ou au MSSS. Par exemple, tous les cas de toxicomanie ou de démence, bien que traités dans la catégorie diagnostique SM, ne sont pas du ressort de la direction de la santé mentale. Selon notre évaluation, entre 20 et 28 % des cas de la catégorie diagnostique SM ne relèveraient pas de la direction SM et généreraient jusqu'à 32 % de la DMS. En conséquence, le fait de ne plus les comptabiliser rapprocherait la performance de la DMS, sur le territoire du CSSS-TR, des cibles du MSSS.

Le tableau suivant illustre l'évolution au CHRTR, depuis 2002-03, des 4 paramètres ciblés par le MSSS. Exception faite d'une amélioration des DMS > 48 heures, on n'observe aucun changement important au cours des 5 dernières années, soit une forme de statu quo prévalant dans l'ensemble.

**Tableau 2 : Depuis 2002-03, évolution à la salle d'urgence du CHRTR des 4 paramètres « ciblés » par le MSSS**

<b>DMS en SM des cas civières</b>	<b>2002-03</b>	<b>2003-04</b>	<b>2004-05</b>	<b>2005-06</b>	<b>2006-07</b>	<b>2007-08 Cumulatif à P-10</b>
DMS civière	18.0 h	19.4 h	22.8 h	22.5 h	19.1 h	18.8 h
% DMS > 48 heures	2.8 % DMS : 64.0 h	3.9 % DMS : 61.3 h	9.1 % DMS : 67.7 h	9.0 % DMS : 77.1 h	6.2 % DMS : 61.6 h	5.3 % DMS : 60.5 h
% DMS > 24 heures	20.7 % DMS : 37.5 h	26 % DMS : 38.3 h	31.7 % DMS : 43.8 h	30.8 % DMS : 46.3 h	25.5 % DMS : 40.1 h	25.8 % DMS : 38.1 h
% DMS > 120 heures						Presque 0

## Benchmarks et repères principaux.

Aux fins du présent document, nous utiliserons les **acronymes** suivants :

- **TCDC** = toutes catégories diagnostiques confondues.
- **SM** = catégorie diagnostique santé mentale.
- **TCDC sans SM** : toutes les catégories diagnostiques confondues moins celle de la santé mentale.

### **A) Au fil des dernières années, taux de croissance du volume des cas SM à la salle d'urgence.**

Au Québec, entre la période 2002-03 et la période 2006-07, soit sur 4 ans, la croissance du volume de cas SM a excédé celle du volume global à la salle d'urgence du CHRTR. Ainsi, le volume global a augmenté de 20 % alors que la croissance des cas SM oscillait autour de 35 % (un taux annuel composé de 7.9 % pour les cas SM). Cette estimation de la croissance des cas SM est toutefois probablement un peu surévaluée. **Au Québec, depuis 2002-03, on peut raisonnablement estimer la croissance du volume des cas SM comme se situant entre 4 % et 8.5 % par année.**

**Au CHRTR, selon une hypothèse reposant toutefois sur des estimations ayant des marges d'erreur significatives, le taux composé annuel de croissance des cas SM sera d'environ 10%. En conséquence, le nombre de cas SM doublera d'ici environ 7 ans à l'urgence du CHRTR.** Si elle s'avérait fondée, cette tendance constituerait un incitatif supplémentaire pour améliorer la performance du management des cas SM sur le territoire du CSSS-TR et à la salle d'urgence du CHRTR.

### **B) Les similitudes entre la performance du CHRTR et les benchmarks**

Les différents indicateurs entourant la DMS des cas SM au CHRTR illustrent une performance généralement au moins équivalente à la moyenne provinciale, mais parfois inférieure à celle des autres CSSS de la région ayant un département de psychiatrie. En d'autres mots, le CHRTR se comporte minimalement dans la moyenne provinciale et parfois près de la moyenne régionale. En somme, **la performance du CHRTR, eu égard à DMS des cas SM, ne souffre pas d'un décalage inquiétant lorsqu'on le compare au tableau provincial.**

**Voici certains constats qui s'appliquent autant au CHRTR qu'à ce qui est observé en moyenne dans la province :**

1. De façon relativement uniforme, les **cas SM sont « couchés » sur civière 2 fois plus souvent que les TCDC.** En fait, plus des 80 % des cas SM sont couchés sur civière au CHRTR alors que ce n'est le cas que de 40 % des TCDC (70 % vs 35 % pour la province). De la même façon, **les cas SM occupent une proportion du nombre total de civières qui est 2 la proportion du volume total de visites qu'ils représentent à la salle d'urgence.** Par exemple, en 2006-07, les cas SM du CHRTR

représentaient 5.5 % du volume des cas de la salle d'urgence, mais accaparaient 11.3 % des civières. Ainsi, **si la trajectoire des cas TCDC suivait celle des cas SM, on devrait doubler le nombre de civières dans les salles d'urgence au Québec.** Cette forte tendance à « coucher » les cas SM exerce une pression à la hausse sur la DMS.

Diverses hypothèses, dont la validité demeure à démontrer, peuvent être émises pour expliquer ce pour quoi les cas SM font l'objet d'un traitement aussi radicalement différent des TCDC :

- **L'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence éprouve des difficultés pour évaluer et traiter la condition de ces cas SM :**
    - Le fait de les coucher sur « civière » peut s'assimiler à une approche prudente de ces cas concernant lesquels elle ne dispose pas en temps opportun de suffisamment d'information pour prendre des décisions.
    - Manque de support pour l'évaluation et la prise de décision.
    - Manque de formation (au triage et au sein de l'équipe traitante).
  - **Stigmatisation** à l'égard de ces patients et discrimination quant à la priorité qu'on accorde à leur condition médicale : on les « coucherait sur civière » pour les « transférer » en psychiatrie, sans se préoccuper de ce qui pourrait être fait en 1<sup>re</sup> ligne, dans le but de se « débarrasser du problème inopportun ». Cette hypothèse repose sur les révélations maintes fois documentées, auprès de personnes souffrant d'un trouble mental, voulant que le réseau de la santé constitue un des lieux exerçant le plus de discriminations à leur sujet.
  - D'une part, la salle d'urgence constitue à la fois une des rares portes d'entrée du système où le citoyen peut encore parfois espérer une réponse à ses besoins. D'autre part, à défaut d'être arrimée sur un réseau de ressources, la salle d'urgence peut cependant s'avérer pour plusieurs un cul-de-sac. En d'autres mots, **cette tendance lourde à coucher les patients sur civières serait le symptôme de l'absence d'un réseau de services intégrés.** Les urgences hospitalières continuent d'offrir une réponse « institutionnelle », forcément incomplète et inadaptée à la résolution de problèmes de plus en plus complexes, plutôt que de miser sur des actions s'inscrivant dans un « réseau » intégré de services. Dans cette perspective, il s'agirait surtout d'une **problématique managériale.**
2. Le % du volume total de consultations en spécialité médicale représenté par les cas SM semble être du double au triple du % du volume total de visites représentées par les cas SM. En d'autres termes, **la catégorie SM exige 2 à 3 fois de consultations en spécialité médicale que les cas TCDC.**

Tout comme cela était suspecté au point précédent, **cette tendance à demander davantage de consultations illustre peut-être l'impuissance de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence à répondre aux besoins de ces patients en SM.** Ainsi, non seulement ces patients en SM sont couchés dans près de 80 % des cas au CHRTR (40 % pour les TCDC) mais ils s'associent également à 2 ou 3 fois plus de consultations que les TCDC. Ces 2 variables exercent une pression à la hausse sur la DMS des cas civières.

**Les indicateurs suivants pourraient servir à apprécier une augmentation de la prise en charge des cas SM par l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne à la salle d'urgence :**

- Le % de civières occupées par la SM à la salle d'urgence : il diminuerait.
- Le quotient « % du volume total de consultations en spécialité médicale représenté par les cas SM / % du volume total de visites représentées par les cas SM » : il diminuerait.

3. **Les DMS > 24 et 48 heures exercent une pression fortement à la hausse sur la DMS globale.** À ce chapitre, les cas TCDC suivent la même tendance que les cas SM. Ainsi, **autant pour les cas TCDC que SM, la performance des mécanismes de gestion des civières de la salle d'urgence et de l'accès aux lits d'hospitalisation se traduit uniformément sur la DMS globale, le % de cas de la DMS > 24 et > 48 heures.**
4. Le taux composé de croissance annuelle des cas SM, se présentant à la salle d'urgence, excède généralement celui des cas TCDC. Respectivement, depuis 4 ans, le taux composé de croissance annuelle des TCDC et celui des cas SM se déclinent comme suit : province : 4.8 % vs 7.9 %; CHRTR : 3.78 % vs une estimation de 10 %; CSSS Arthabaska-Érable (CSSSAE) : 6.1 vs 5.8 %. Sauf pour CSSSAE, **le taux composé de croissance annuelle des cas SM semble excédé d'environ du double les cas TCDC.**

### **C) À l'aide des benchmarks, identification des zones potentielles d'amélioration de la DMS sur le territoire du CSSS-TR**

Afin d'identifier les dimensions de la trajectoire de soins et services susceptibles d'être modifiées pour améliorer la DMS, nous utiliserons la comparaison de la performance de la DMS à la salle d'urgence du CHRTR avec **différents benchmarks en provenance de 3 perspectives principales** :

- La **province** : ces comparaisons permettent de situer le territoire du CSSS-TR en regard des moyennes provinciales.
- Notre **région** : dans le contexte d'une organisation de services régionale, avec ses adaptations particulières, le territoire du CSSS-TR peut alors être comparé à un environnement plus immédiat.
- **CSSSAE**: dans un contexte régional s'apparentant à celui territoire du CSSS-TR, le CSSSAE affiche une performance supérieure à la moyenne, autant en santé physique qu'en santé mentale, qui nous indiquera certaines pistes d'amélioration.

#### **1. Toutes proportions gardées, CSSSAE reçoit moins de cas SM à la salle d'urgence et traite un volume moindre de cas sur civière. :**

- a. Au cours des dernières années, l'estimation du taux composé de croissance annuel des patients en SM oscille autour de 8 % pour la province, 10 % pour le CHRTR et 5.8 % pour le CSSSAE.
- b. En 2006-07, le % du volume total de visites représentées par les cas SM et le % du nombre total de civières occupées par les cas SM sont respectivement plus élevés au CHRTR (5.55 % et 11.3 %) que dans la région (3.8 % et 9.6 %), qu'en province (4.19 % et 8.1 %) et qu'au CSSSAE (3.52 % et 7.7 %).

Toutes proportions gardées, **le volume de cas en SM exerce donc une pression plus importante sur l'urgence du CHRTR qu'au CSSSAE**. Il est possible que cette situation soit attribuable, pour multiples raisons, à une organisation de services qui ne parvient pas à endiguer ce flux de patients vers l'urgence, autant en aval qu'en amont. En somme, **l'organisation de services et peut-être les ressources disponibles sont mises en cause pour expliquer ce phénomène**. Également, sur une base hypothétique demeurant à valider, des facteurs épidémiologiques propres à Trois-Rivières pourraient contribuer au phénomène.

**Dans le but de mesurer l'impact des actions qui seront prises pour diminuer le volume de cas SM à la salle d'urgence du CHRTR, les indicateurs suivants pourraient être utilisés :**

- Taux composé de la **croissance annuelle des cas SM** affluant à la salle d'urgence.
- Le **% du volume total des visites représentées par les cas SM**.
- Le **% du volume total de civières occupées par les cas SM**
- Le **volume total de cas SM**.

Une diminution combinée de l'ensemble de ces 4 indicateurs, mis en contexte avec leurs benchmarks et l'environnement, signerait une évolution favorable à ce sujet.

2. **La tendance à coucher les patients sur civière apparaît plus élevée au CHRTR comparativement aux benchmarks.** Ainsi, en 2006-07, la tendance à coucher les patients sur civière se déclinait comme suit : CHRTR : 82 %; Région : 75 %; Province : 71 %; CSSSAE : 71 %. Bien que cette forte tendance à « coucher les patients SM » sur civière soit une pratique commune à la province, elle apparaît accentuée au CHRTR.

Le CHRTR admet moins de cas SM sur civière (30 % des cas civière) que les benchmarks : province : 34.1 %; région : 38.4 %; CSSSAE : 43.8 %. Ce constat pourrait mettre en lumière une tendance à « coucher sur civière » plus de patients en SM que ne le nécessiterait leur condition clinique, du moins si on se fie au fait qu'une forte proportion d'entre eux ne seront pas admis.

**La capacité de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne, à la salle d'urgence du CHRTR, de prendre davantage en charge les cas SM pourrait se mesurer via les indicateurs suivants :**

- **% de consultation demandée en psychiatrie (p/r au total des consultations en spécialité demandées pour les cas TCDC)** : une diminution de ce % pourrait signifier une meilleure capacité de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence.
  - **% de cas SM couchés sur civière (p/r au volume total de visites en SM)** : une diminution du % de « cas civière » pourrait signifier une prise en charge sur un mode « ambulatoire » par l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence.
  - **% de cas civière admis (p/r au nombre de cas couchés sur civière)** : jusqu'à un certain point, une augmentation serait compatible avec une meilleure capacité de prendre une décision compatible avec un état clinique généralement assez sévère pour justifier une admission (et possiblement une consultation en psychiatrie).
  - Dans la foulée de l'implantation d'un réseau de services intégrés autour de la salle d'urgence, **des indicateurs pourraient être construits pour mesurer le débit de cas SM dirigés vers les nouvelles « voies de sortie » aménagées** : une augmentation de ce débit pourrait avoir une corrélation avec une meilleure prise en charge des cas SM par l'équipe 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence. Les membres de cette équipe seraient alors considérés comme bénéficiant d'options supplémentaires, autres que de « coucher le patient sur civière », pour diriger les patients à une ressource appropriée.
3. Autant au niveau de la gestion du **décalé entre le triage et l'admission** que celui de **l'attribution d'un lit jusqu'à l'accès à ce lit**, le CHRTR éprouve des difficultés. En 2006-07, ces 2 délais (triage / admission; attribution du lit / accès au lit) sont respectivement les suivants pour les cas en SM : CHRTR : 16.8 h et 9.5 h (total : 26.3 h); province : 11.4 h et 15.1 h (total : 26.5 h); région : 13.3 h et 7.5 h (total : 20.8 h), CSSSEA : 6.8h et 4.4h (total : 11.2 h). Les DMS des cas SM sur civières sont radicalement affectés par ces dimensions de la trajectoire de soins à la salle d'urgence. À ce sujet, **la recette du succès du CSSSAE réside dans sa capacité à prendre plus rapidement la décision d'admettre un patient et, par la suite, à assurer plus diligemment l'accès au lit.**

La DMS des cas admis en SM s'avère à peu près similaire pour le CHRTR (26.3 h) que pour la province (26.5 h), supérieure à celle de la région (20.8 h) et nettement plus élevée que celle du CSSSEA (11.2 h).

En somme, la DMS des cas SM admis au CHRTR est déterminée par une politique d'admission et une capacité d'accès aux lits qui génèrent une DMS significativement plus élevée que la région et du CSSSEA.

Les indicateurs suivants pourraient être utilisés pour estimer la performance des mécanismes d'accès aux lits hospitaliers :

- La DMS des cas « civière » admis.
- Délai entre le triage et l'admission.
- Délai entre l'attribution du lit et l'accès au lit.
- Délai entre la demande de consultation en psychiatrie et sa réalisation (il est présumé ici que le patient doit être préalablement évalué par un psychiatre avant d'être admis).

4. **Une capacité suffisante pour hospitaliser le volume de patients admis diminue la DMS. Cette capacité contribue à diminuer les DMS > 24 ou > 48 heures. Ce facteur a un impact important sur la DMS globale, les DMS prolongées ayant un effet néfaste la concernant.** À ce sujet, pour les cas SM, la capacité du CHRTR apparaît meilleure que celle de la province, mais inférieure à celle de la région et encore plus à celle du CSSSEA.

Les indicateurs suivants pourraient être utiles pour suivre la capacité d'admettre des patients par le CHRTR :

- % des cas > 24 heures, DMS de ces cas.
- % des cas > 48 heures, DMS de ces cas.
- Le coefficient « (% des cas civière ayant DMS > 24 heures) \* (DMS de ces cas) » : une diminution serait cohérente avec une meilleure performance.
- Le coefficient « (% des cas civière ayant DMS > 48 heures) \* (DMS de ces cas) » : une diminution serait cohérente avec une meilleure performance.

## Identification des facteurs pouvant avoir un impact sur la DMS

### Variables ayant une corrélation significative avec la DMS

Les facteurs suivants sont associés à une corrélation significative avec la DMS :

1. Statut « *Ambulatoire vs Civière* ».
2. L'admission.
3. Le département où se fait l'admission.
4. L'âge (surtout  $X > 65$  ans).
5. Consultation en spécialité.
6. Le diagnostic.
7. Période d'inscription au triage.

#### 1. Statut « *Ambulatoire vs Civière* »

Tableau 3: DMS des cas ambulatoires, des cas civières et globale

STATUT	DMS
Ambulatoire	4.41 h
Civières	18.9 h
DMS globale	16.2 h

La DMS des cas ambulatoires se chiffre à 4.41 heures alors que la **DMS des cas civières monte à 18.9 heures**, la DMS globale s'établissant à 16.2 heures.

Ce constat doit être mis en perspective avec les suivants :

- Plus de **80% des cas de la catégorie SM sont couchés sur civière**.
- La **DMS excède 24 heures pour 29% des cas « civières »** et 48 heures pour 8% d'entre eux.

L'explosion de la DMS pour les cas « civières » s'explique partiellement par les délais inhérents à la réalisation d'une consultation en spécialité et à ceux concernant la trajectoire menant à une admission hospitalière. Ces points seront traités un peu plus bas.

**Cette propension à « coucher les patients SM sur civière » n'est pas unique au CHRTR.** Sur le plan provincial, les patients SM occupent un pourcentage de civières équivalant au double du pourcentage qu'il représente du volume total de visites. En d'autres termes, en province, alors que les cas SM représentent 4.19 % du volume total de visites, ils occupent 8.1 % des civières. Ce constat est cohérent avec les données démontrant que les patients SM sont « couchés sur civière » dans 71.22 % des cas alors que ce n'est que 36.69 % pour les TCDC. Le CHRTR « couche sur civière » les cas SM à raison de 81.75 % du volume total. **Si les cas TCDC se comportaient comme les cas SM, on serait alors dans l'obligation de doubler le nombre de civières dans les salles d'urgence au Québec.**

## 2. L'admission

Dans 2 échantillonnages disponibles, **parmi les cas couchés sur civières, entre 30.6% et 23% seront admis** (peu importe le département): 77% le sont sur le département de psychiatrie et 23% sur d'autres départements cliniques. Les cas ne sont donc pas tous admis sur le département de psychiatrie.

**La DMS des cas admis s'élève à 25.2 heures, soit 9 heures de plus que la DMS de la catégorie SM qui est 16.2 h.** Comme l'illustre le tableau suivant, les 392 cas admis sur les 1724 cas de la catégorie SM constituent 23% du volume total des visites durant 7 périodes administratives, mais contribuent à 35.4% de la DMS globale :

**Tableau 4: Contribution à la DMS globale des cas admis**

Volume total de visites durant 7 périodes administratives	Nombre de cas admis	% de cas admis p/r au volume total	% de la contribution des cas admis à la DMS globale
1724	392	23%	34.5%

**Les cas admis contribuent donc de façon très importante à la DMS globale.**

Entre autres facteurs, les suivants influencent à la hausse la DMS :

- **Délai entre la demande d'admission et l'attribution d'un lit : 7 h**
- **Délai entre l'attribution d'un lit et le départ de la salle d'urgence : 1.6 h**
- Si on admet que la très grande majorité, ou même la totalité, des cas admis sont préalablement évalués par au moins un consultant en spécialité, le délai moyen entre la demande de la consultation (toutes spécialités confondues) et sa réalisation doit être considéré : **13.8 heures.**

Ce délai pour la réalisation de la consultation devient particulièrement important quand on considère que le celui entre le début de l'épisode et la demande d'admission (vraisemblablement formulée par le spécialiste à la suite de la réalisation de sa consultation) est de 16.5 h. Ainsi, il s'est écoulé 2.7 h ( $16.5 \text{ h} - 13.8 \text{ h} = 2.7 \text{ h}$ ) pour permettre au médecin urgentiste d'évaluer le patient, pour décider de demander une consultation en spécialité et au spécialiste pour signifier sa décision d'admettre ce patient.

Le facteur le plus important à considérer est donc le **délai entre la demande de consultation et sa réalisation.**

**Tableau 5: Délais impliqués dans la DMS des cas admis**

Certains délais impliqués dans la DMS des cas admis	Temps écoulé
Demande d'admission et attribution d'un lit	7 h
Attribution d'un lit et départ de la salle d'urgence	1.6
Demande de consultation en spécialité et sa réalisation (toutes spécialités confondues)	13.8 h

### 3. Le département où se fait l'admission

**23% des cas de la catégorie SM ne sont pas admis en psychiatrie**, soit 89 cas sur 392 dans notre échantillon. Ce constat mérite d'être souligné pour différents motifs :

- D'une part, il suggère l'hypothèse que malgré les mesures prises par le programme SM pour réduire la DMS de ces cas admis dans d'autres départements que celui de la psychiatrie, ce type d'initiative n'aura pas d'impact.
- D'autre part, un nombre substantiel de cas appartenant à la catégorie SM ne relève finalement pas du programme de la SM.
- **La diminution de la DMS de plusieurs cas de la catégorie SM (admis ou pas), les 23% admis ci-haut mentionnés reflétant probablement la réalité de la totalité du volume de cas catégorisés en SM, relève donc de programmes cliniques autres que du programme SM.**

Le fait que **23% des admissions se font dans d'autres départements que la psychiatrie** est d'autant plus significatif que leur **DMS apparaît très élevée et se chiffre à 40.6 h** si on exclut l'unité des soins intensifs (USI). Voici un tableau illustrant le tout :

Tableau 6: DMS en fonction d'une admission au 3D, UHB, USI et médecine générale

Département où se fait l'admission	DMS à l'urgence (en heures)
3D	22.6
UHB (unité d'hospitalisation brève du département de psychiatrie)	18.3
USI	7.6
Autres départements que USI et psychiatrie	40.6
Médecine générale	44,4

Quelques constats :

- La **médecine générale** contribue à près de 15% des admissions de la catégorie SM et **sa DMS est très élevée à 44.4 h**. Ce département reçoit **65% des cas admis dans d'autres départements que celui de la psychiatrie**.
- La DMS varie de façon décroissante selon le département où s'est faite l'admission : USI (7.6 h) < UHB (18.3 h) < 3D (22.6 h) < départements autres que la psychiatrie et USI (40.6 h) < médecine générale (44,4 h).
- La **DMS augmente dramatiquement de presque du double lorsque le patient est admis dans d'autres départements que celui de la psychiatrie**.
- La **DMS de l'UHB est significativement plus courte que celle du 3D** (18.3 h < 22.6 h).

#### 4. L'âge (surtout X > 65 ans).

La DMS augmente nettement en fonction de l'âge, et ce, **seulement pour les cas civières** et lorsque l'âge > 65 ans.

**Le passage à l'âge de 65 ans et plus des cas civières, encore davantage pour les sujets > 75 ans, se solde par une montée très importante de la DMS.**

Cette corrélation de la DMS qui s'élève avec l'âge ne se traduit pas pour les cas ambulatoires.

**Tableau 7: DMS, % du volume total et contribution à DMS globale des cas civières en fonction de l'âge**

Catégories d'âges	Nombre de cas civières durant les 7 périodes	DMS (18.9 h)	% du volume total de cas (1401 cas civières)	Contribution à la DMS globale
0 – 15 ans	9	8.82	0.6%	0.33%
15 – 25 ans	207	14.7	14.8%	11.5%
25 – 45 ans	546	17.5	39%	36.1%

45 – 65 ans	472	19.25	33.7%	34.3%
65 – 75 ans	62	24.45	4.4%	5.7%
75 ans et plus	104	30.62	7.4%	12%

## 5. Consultation en spécialité.

Le **délai moyen entre une demande de consultation et la réalisation de cette consultation se chiffre à 13.8 heures**, toutes spécialités confondues. Ce constat devient particulièrement important lorsqu'on établit qu'une consultation en psychiatrie est effectuée pour 816 cas sur les 1723 inscrits dans la catégorie SM, soit 47.3 % du volume total : **presque 1 personne sur 2, qui se présente pour un problème entrant dans la catégorie SM, est évaluée formellement par un psychiatre.**

Un peu plus de 50% des cas de la catégorie « 1900 Mentaux (Maladies et troubles) » (75% du volume des consultations) et de la catégorie « 977.8 Intoxication médicamenteuse » (8.9% du volume des consultations) sont évalués par un psychiatre. Environ 25% de la catégorie « 2000 Mentaux organiques induits par des substances toxiques (troubles) » sont évalués en consultation psychiatrique (8% du volume des consultations en psychiatrie).

**Tableau 8: Caractéristiques de la consultation en psychiatrie**

Dimension de la consultation en psychiatrie	Résultat
Délai moyen entre la demande de consultation et la réalisation de la consultation (toutes spécialités confondues)	13.8 h
Volume total de consultation dans la catégorie SM (volume total de 1724 visites)	816 consultations
% du volume total de cas qui sont vus en consultation	Près de 50%

Volume total de consultations par DX	1900 Tr mentaux	667 cas
	2000 toxico.	70 cas
	977.8 Intox. Méd.	79 cas
% du volume total de chacune de ces catégories DX	1900 Tr mentaux	51.6%
	2000 toxico.	23.5%
	977.8 Intox. Méd.	58.9%

## 6. Le diagnostic.

Dans une tentative pour cerner les grandes tendances de la DMS en fonction du diagnostic (DX), nous avons effectué 9 regroupements de différents DX.

- Voici les 9 regroupements DX :
  - Autisme
  - Déficience intellectuel (DI)
  - Idées suicidaires
  - Trouble de la personnalité
  - Syndromes cérébraux organiques (SCO)
  - Troubles mentaux graves (TMG)
  - Troubles mentaux généraux
  - Troubles mentaux induits par les substances toxiques (CMD 20)
  - Intoxications médicamenteuses (CMD 21, 977.8).
- Les regroupements ont été faits en pensant que chacun des DX qui les composait partageait une trajectoire de service commune. Ex : les TMG seraient plus susceptibles d'être vus par un psychiatre ou d'être admis.

Voici les constats :

- **Certaines catégories DX sont presque systématiquement couchées sur civière** : en particulier, on notera que 97.6% des SCO, 96.4% des cas de suicide et 89,3% des TMG sont couchés sur civière.
- **La contribution de ces catégories DX à la DMS excède leur représentativité au sein du volume total de cas.** Exemple : Les SCO comptent pour 2.4% du volume total, mais pour 4.92% de la DMS totale; les TMG comptent pour 29.8% du volume total, mais pour 34.5% de la DMS totale.
- **Près de 28% des cas (en terme de DX), considérés en rapport avec le volume total de 1724 cas, ne relève pas directement de la psychiatrie, mais contribue à environ 32% de la DMS totale.** En considérant ce constat, peu importe les remaniements fait par le programme de SM, peu d'impacts sont à espérer pour près de 1/3 du volume des cas qui ne relève pas du plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010. On pourra toutefois émettre *une réserve pour la catégorie « Intoxications médicamenteuses »* qui relève dans un premier temps de la « médecine physique » mais qui, dans un deuxième temps, pourrait devoir subir une évaluation psychiatrique concernant le risque suicidaire.
- Par ailleurs, **la catégorie « troubles mentaux généraux » compte pour 32.6% des cas, mais ne contribue qu'à 23.3% de la DMS totale.** Les cas civières sont d'ailleurs relativement faible

(63.5%) dans cette catégorie : les gens sont plus fréquemment traités en ambulatoire et la DMS est plus courte en conséquence.

## 7. Période d'inscription au triage.

La DMS est affectée par le quart de travail (soir, nuit, jour) où le triage est effectué.

**La période de la nuit s'associe à une diminution radicale de la DMS : Jour (19.5 h) > Soir (18.9 h) > Nuit (9.64 h).**

## **Variables ayant une corrélation nulle à faible avec la DMS**

Les facteurs suivants sont associés à une corrélation nulle à faible avec la DMS :

1. La période administrative.
2. La priorité (P1 à P5) établie au triage.
3. Le jour de la semaine.

### **1. La période administrative.**

**L'analyse sommaire (i.e. à « l'œil nu ») de la variation de la DMS en fonction de la période administrative ne semble pas s'associer à des variations.** Même la période de vacances estivales ne déclenche pas de modification de la DMS.

### **2. La priorité (P1 à P5) établie au triage.**

**Mise à part pour P5 dont la DMS oscille autour de 12.8 h, les autres priorités s'associent à des DMS généralement juste un peu plus élevées que la DMS globale (16.2 h).** Notons que la tendance à coucher des patients P5 (65% des cas) est moins importante que pour les autres priorités (75% à 94% des cas couchés).

### **3. Le jour de la semaine.**

Le volume de patients est modestement plus faible (20% de moins) le samedi et le dimanche. **Le jour de la semaine ne s'associe pas à des variations de la DMS.**

## **Variables dont la corrélation avec la DMS demeure à démontrer**

Pour l'instant, les données disponibles ne permettent pas d'identifier le niveau de corrélation entre les facteurs suivants et la DMS :

1. L'absence absolue de patients quittant la salle d'urgence en « *signant un refus de traitement* ».
2. Évaluation en consultation par le psychiatre.
3. Évaluation par la T.S.
4. Évaluation par l'infirmière Domrémy.
5. Cas « porte tournante »

### **1. L'absence absolue de patients quittant la salle d'urgence en « *signant un refus de traitement* ».**

Du 1 avril au 23 juin 2007, aucun des 754 patients qui se sont inscrits au triage n'a finalement quitté l'établissement en signant un refus de traitement. Comme explication à ce phénomène, seuls les cas ayant parcouru toute la trajectoire de soins sont comptabilisés dans les statistiques. En conséquence, tous les cas ayant signé un refus de traitement n'apparaissent pas dans les statistiques.

### **2. Évaluations en consultation par le psychiatre.**

Le délai moyen entre la demande de la consultation en psychiatrie et sa réalisation n'est pas connu. Nous savons que le délai moyen pour les consultations « toutes spécialités confondues » est à 13.8 heures au CHRTR.

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

# Consultations à L'urgence

*en santé mentale*



**Constats**  
*et*  
**Propositions**

*Par : Michel Simard  
décembre 2007*

Centre **LE HAVRE**



La croissance rapide et importante des consultations en santé mentale à l'urgence est certainement le problème le plus préoccupant, parce qu'il révèle une tendance structurelle lourde, et non un effet conjoncturelle. En d'autres termes, le système de santé s'inscrit dans un environnement où les demandes de consultations en santé mentale seront beaucoup plus fortes qu'elles n'ont été auparavant, et cela d'une manière durable.

## Sommaire

Introduction.....	4
1- Un nouvel horizon .....	5
1,1 La croissance des consultations pour des problèmes liés à la santé mentale à l'urgence....	5
1,1, 1 En cinq ans le volume des consultations en santé mentale a presque triplé .....	5
1,1, 2 Durant la même période, les demandes d'hébergement d'urgence au plus que doublées au Centre Le Havre .....	6
1,2 Les problèmes sont aujourd'hui plus diversifiés, plus complexes et plus difficiles à dénouer .....	7
1,2, 1 Les dépendances .....	7
1,2, 2 Les configurations problématiques complexes .....	8
Constats .....	10
Propositions.....	10
2- Des problèmes systémiques.....	11
2,1 Le problème de l'entrée .....	11
2,1, 1 L'orientation systématique des consultations vers l'urgence .....	11
2,1, 2 La judiciarisation et la rupture sociale.....	13
2,1, 3 L'organisation de la première ligne .....	15
Constats .....	16
Propositions.....	16
2,2 La gestion de l'interne .....	17
2,2, 1 Civière vs ambulatoire .....	17
2,2, 2 Psychiatre vs travailleuse sociale.....	18
Constats .....	18
Propositions.....	18
2,3 La gestion de la sortie .....	19
2,3, 1 La récurrence .....	19
2,3, 2 La gestion des impasses de sortie .....	20
2,3, 3 Plus on est vieux, plus on reste longtemps à l'urgence.....	21
Constats .....	22
Propositions.....	22
Conclusion .....	22

ANNEXE I : LES CONSTATS .....	24
ANNEXE II : LES PROPOSITIONS .....	26
ANNEXE III : SYNTHÈSE .....	29

## Introduction

Cette enquête s'inscrit à l'intérieure d'une démarche concertée<sup>1</sup> liée au projet pilote CCNU du CSSSTR. Ce projet pilote, présentée par l'ASSS, et accordée par le MSSS vise à désengorger l'urgence, en réduisant la durée des séjours liée aux consultations en santé mentale à l'urgence, et le % de civières occupées par cette clientèle.

Cette étude a été précédée d'une enquête portant sur les personnes référées en hébergement d'urgence au Centre Le Havre de Trois-Rivières par l'urgence et la psychiatrie du CHRTR, ainsi que par le CSSSTR au cours de l'année 2006. Le rapport de cette enquête a été déposé au mois de juin 2007.

Le présent rapport a été élaboré à partir de l'analyse des données statistiques, fournies par le CHRTR, sur les consultations à l'urgence en santé mentale, pour les périodes 1 à 7 de l'année 2007.

Ces données n'ont évidemment aucune valeur nominative.

Pour faciliter la lecture et la comparaison nous avons réduit ces données à une valeur moyenne mensuelle; nous pouvons ainsi tracer un portrait des consultations mensuelles et les comparer beaucoup plus facilement.

L'ensemble de cette enquête sur les utilisateurs de l'urgence –y compris la première étude, se situe dans la même préoccupation que le projet pilote relative à la réduction de la pression exercée sur l'urgence par les consultations en santé mentale. Toutefois, elle aborde cette préoccupation dans un horizon beaucoup plus large que celui défini par le projet CCNU, soit la durée des séjours et le % de patients sur civière. Nous avons voulu, au point de départ, laisser l'horizon le plus largement ouvert possible sur ce que l'analyse des données pourrait révéler comme meilleurs moyens possibles, afin de réduire la pression sur l'urgence et mieux répondre aux besoins des utilisateurs. Nous avons aussi gardé à l'esprit la préoccupation de solutions le plus durable possible; nous ne croyons pas –et l'analyse des données nous a confirmé dans cette compréhension, que le problème de pression sur l'urgence lié aux consultations en santé mentale ne soit qu'un effet de conjoncture.

Nous avons laissée volontairement largement de côté toutes les questions relatives à la durée des séjours. Cela pour une raison bien simple : cette question cruciale à l'intérieure du projet

---

<sup>1</sup> ASSS, CSSSTR, CHRTR, Centre Le Havre.

pilote fait l'objet de l'analyse menée par le Dr Gervais, dont le rapport préliminaire vient d'être déposé.

Dernière remarque relative à la méthode. Même si elles ne sont pas exposées d'une manière toujours explicite, plusieurs des interprétations que nous faisons des données statistiques ont été rendues possibles grâce aux entrevues que j'ai pu réaliser avec le personnel de la psychiatrie, de l'urgence et du Centre de santé le printemps dernier.

Le présent rapport se divise en deux parties.

La première, intitulée « Un nouvel horizon », présente une lecture des données des consultations de l'urgence qui révèle des contraintes extérieures au fonctionnement du système de santé lui-même, mais qui ont un impact majeur et déterminant sur l'ensemble du système.

La seconde partie, intitulée « Des problèmes systémiques », présente un repérage des principaux problèmes systémiques responsables d'une utilisation inappropriée de l'urgence.

Pour chacune des composantes de l'analyse, nous avons dégagé les principaux constats et émis des propositions visant la correction ou l'amélioration de la situation.

Enfin, vous trouverez en annexe le résumé des constats et des propositions, ainsi qu'une présentation schématique de l'ensemble de l'analyse.

## **1- Un nouvel horizon**

### **1,1 La croissance des consultations pour des problèmes liés à la santé mentale à l'urgence**

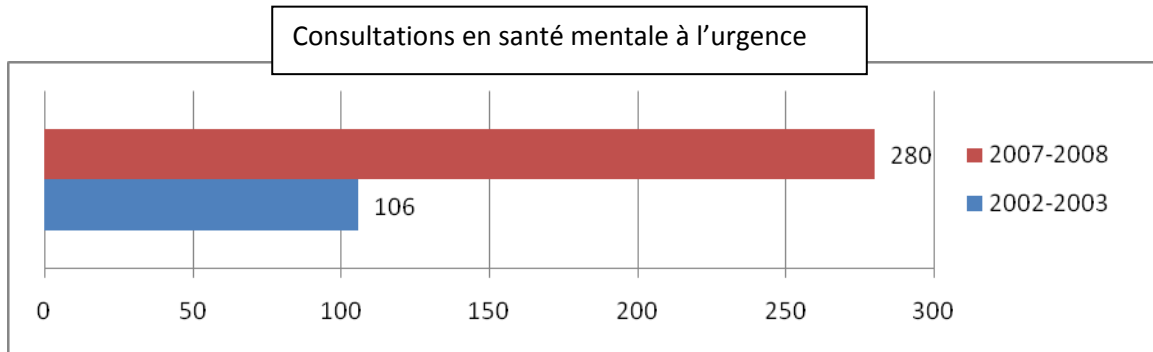
Un des problèmes les plus importants auquel il faut faire face, c'est la croissance continue des consultations en santé mentale à l'urgence depuis les cinq dernières années. Cette croissance structurelle exerce une pression croissante sur l'urgence et l'ensemble du système de soin. Il suffit d'en prendre l'exacte mesure pour s'en convaincre.

#### **1,1, 1 En cinq ans le volume des consultations en santé mentale a presque triplé**

Au cours de l'année 2002-2003, 1 280 consultations en santé mentale ont été traitées à l'urgence, selon les données du ministère. Ce qui représente un volume moyen de 106 consultations par mois.

Cinq ans plus tard, où en sommes-nous ?

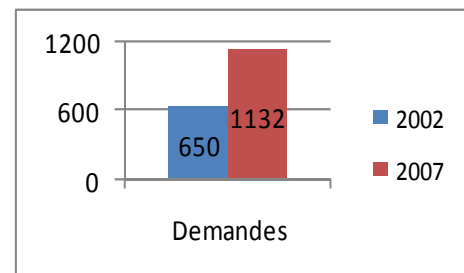
Eh bien, le volume de consultations en santé mentale a plus que doublé à l'urgence. Les données que nous avons pour l'année 2007-2008<sup>2</sup> nous permettent d'estimer qu'il y aura autour de 3 360 consultations en santé mentale à l'urgence, soit une moyenne autour de 280 consultations mensuellement. C'est presque trois fois plus qu'il y a cinq ans, précisément, 2,6.



Cette croissance rapide et importante des consultations en santé mentale à l'urgence est certainement le problème le plus préoccupant, parce qu'il révèle une tendance structurelle lourde, et non un effet conjoncturelle. En d'autres termes, le système de santé s'inscrit dans un environnement où les demandes de consultations en santé mentale seront beaucoup plus fortes qu'elles n'ont été auparavant, et cela d'une manière durable.

### 1,1, 2 Durand la même période, les demandes d'hébergement d'urgence au plus que doublées au Centre Le Havre

Les données que nous avons sur la croissance des demandes d'hébergement d'urgence au Centre Le Havre sur la même période confirment cette hypothèse : nous sommes entrés dans un monde qui génère des risques qui fragilisent la santé mentale des individus et les liens sociaux qui les encadrent. Ce qui entraîne une croissance importante des demandes sur les systèmes d'urgence sociale et médicale.



Sur la même période, entre 2002 et 2007, le volume des demandes d'hébergement d'urgence a doublé au Centre Le Havre de Trois-Rivières. En 2002, l'équipe du centre d'hébergement

<sup>2</sup> Ces chiffres reposent sur les données fournies par le CHRTR relativement aux trois premières périodes de l'année. Nous avons estimé sur la base de ces données le nombre probable de consultation au cours de l'année en cours. Nous avons choisi ces données plutôt que celles fournies par le ministère pour l'année 2006, parce qu'elles nous donnent un portrait plus conservateur et moins alarmiste. En effet, si on prenait les données du ministère pour l'année 2006, c'est une moyenne de 712 consultations que nous aurions par mois, soit 8546 consultations au cours de l'année. Ce qui est presque sept fois plus de consultations. Ce qui nous paraît peu croyable. Toutefois, nous sommes sans explications sur les chiffres fournis par le ministère.

d'urgence devait gérer autour de 54 demandes à tous les mois. Ce nombre est passé à 94 au cours de l'année 2007. C'est presque le double du volume.

Cette croissance n'est pas attribuable à une augmentation des services offerts ni à un élargissement de la clientèle. En fait les critères d'admissions ont été plutôt resserrés au cours de cette période, afin de répondre aux demandes les plus urgentes, et l'accueil des femmes, malgré la croissance continue de leur nombre, en chiffre absolu, cet accueil ne peut rendre compte de l'importance de la croissance.<sup>3</sup> D'ailleurs, l'admission des femmes est venue répondre à une demande croissante qui n'était pas là au cours des années quatre-vingt-dix.

La convergence de ces données de l'urgence sociale avec celles de l'urgence médicale nous place devant un horizon de croissance plutôt inquiétant; horizon à l'intérieur duquel nous devons situer nos actions. Mais ce déplacement d'horizon ne peut être décrit uniquement par l'augmentation du nombre, par un changement quantitatif; la configuration problématique des situations que présentent les individus qui viennent consulter est elle-même plus diversifiée, plus complexe et plus difficile à dénouer.

## 1,2 Les problèmes sont aujourd'hui plus diversifiés, plus complexes et plus difficiles à dénouer

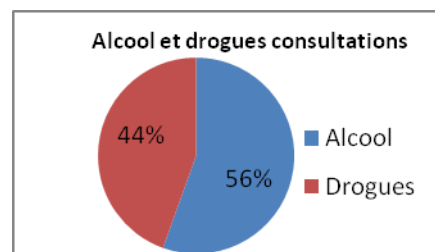
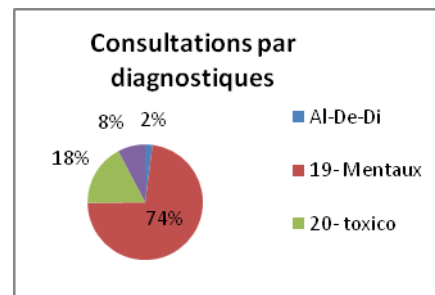
Il est difficile à l'aide des données dont nous avons de démontrer ce phénomène qui accompagne la croissance des consultations à l'urgence : non seulement il y a aujourd'hui plus de consultations en santé mentale, mais les situations sont beaucoup plus complexes et difficiles à gérer.

Nous pouvons repérer cette complexité à l'aide de certains indices.

### 1,2, 1 Les dépendances

D'abord au niveau des dépendances. Les dépendances représentent près de 20% du volume de toutes les consultations enregistrées en santé mentale à l'urgence. Ce n'est pas rien.

Nous savons que ces données sous-estiment largement les problèmes de dépendances pathologiques vécus par les individus qui consultent en santé mentale à l'urgence. Elles ne nous fournissent pas un portrait des dépendances vécues par les individus qui consultent à l'urgence, mais des diagnostics de dépendance retenus comme motif de la consultation.



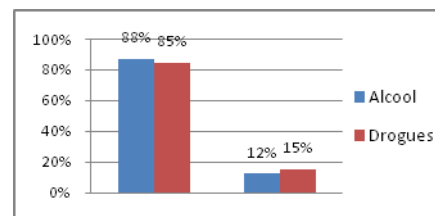
<sup>3</sup> 90 femmes ont été admises en hébergement au cours de l'année 2006.

Au-delà du volume, ce qui caractérise le nouvel horizon dans lequel nous nous trouvons, c'est certainement l'élargissement du spectre des substances utilisées et la gravité de l'impact que ces substances peuvent avoir sur la santé mentale des individus, et, à coup sur, sur les systèmes de prise en charge de ces situations.

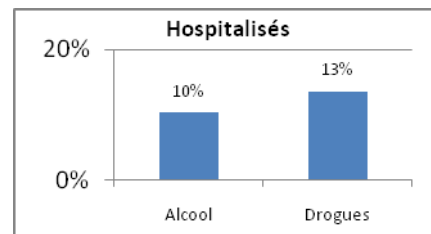
Si on jette un regard sur l'ensemble des consultations en santé mentale à l'urgence, pour lesquelles des dépendances pathologiques sont diagnostiquées ont obtenu le portrait suivant. 56% des consultations sont liées à l'usage de l'alcool, alors que 44% sont liées à l'usage des drogues.

Il est facile de constater l'importance que prend l'usage des drogues pour les problèmes de santé mentale et le système de santé.

Si on regarde le graphique suivant on constate que 88% des patients qui ont un problème d'alcool sont placés sur civière, alors que la proportion est à 85% pour les diagnostics reliés à l'usage des drogues. C'est sensiblement plus élevé que l'ensemble des patients; un peu moins de 80% des patients sont placés sur civières. Cette différence est un indice si non de gravité, du moins du niveau de difficulté de prise en charge de ces patients.



Mais ce qui est peut être le plus révélateur pour notre propos, c'est le dernier graphique. Alors que les diagnostics reliés à l'usage de l'alcool sont plus nombreux en consultation, plus nombreux à être placés sur civière, ce sont les patients avec des diagnostics reliés à l'usage des drogues qui sont les plus hospitalisés.



C'est là un indicateur sérieux de l'impact de l'usage des drogues sur la santé mentale des individus et sur le système de soin.

L'élargissement du spectre des dépendances depuis une vingtaine d'années a modifié considérablement l'horizon à l'intérieur duquel se posent les problèmes de soins et de gestion des services en santé mentale. Les données de l'urgence, malgré toutes leurs lacunes – nous en parlerons plus loin, confirment largement ce constat.

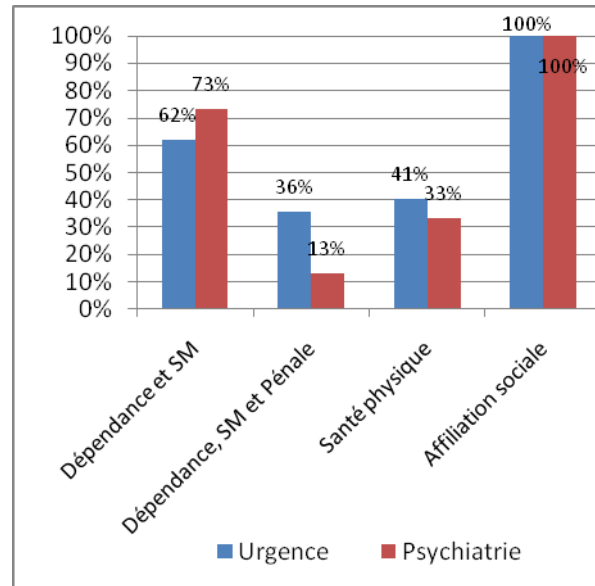
### 1,2, 2 Les configurations problématiques complexes

Le portrait que permet de tracer les données statistiques que nous avons des consultations à l'urgence est unidimensionnel; chaque consultation est classée à l'intérieur d'une catégorie diagnostique particulière : schizophrénie, délirium, dépression majeure, abus de cocaïne, etc. Le problème avec ce type de classification, c'est qu'on ne voit pas les problématiques associées. Par exemple, la personne admise en consultation pour un problème d'abus de cocaïne peut être schizophrène; elle peut aussi en même temps avoir un problème d'alcool et une dépendance aux médicaments. Cet aspect « multiproblématiques » des situations est laissé dans l'ombre par la méthode de cueillette des données par diagnostic de consultation. À travers cette

catégorie diagnostique, les patients nous apparaissent tous et toujours comme ayant une seule problématique, ce qui est loin d'être le cas.

À partir d'une autre méthode, les données sur les individus référés par l'urgence et la psychiatrie au Centre Le Havre au cours de l'année 2006 nous donnent un bon aperçu de la complexité des configurations problématiques.

Autour de 70% de ces individus ont un problème à la fois de dépendance et de santé mentale. Ce qui est beaucoup plus élevé que l'ensemble des individus hébergés en urgence sociale; les individus avec une double problématique, santé mentale et dépendance, représentent seulement 23% des individus admis au Centre Le Havre. Ce qui n'est pas rien n'ont plus. Mais 70%, c'est énorme, c'est une forte majorité des individus.



Si on ajoute la problématique pénale le portrait se précise; près de 40% des individus référés par l'urgence ont une triple problématique : santé mentale, dépendance et pénal.

On constate aussi que près de 40% des individus référés par l'urgence et la psychiatrie ont des problèmes de santé physique associés.

Finalement, tous ces individus ont un problème d'affiliation sociale; ils n'ont pas de chez soi, de lieu où se retirer, se reposer, jouir des choses qu'ils possèdent et accueillir les êtres qu'ils aiment. À leur sortie de l'urgence et/ou de la psychiatrie, ils doivent être pris en charge. Nous ne sommes pas ici dans des mesures traditionnelles de transition où un individu est soutenu dans son rétablissement avant de retourner chez lui; il n'a pas de chez lui, pire encore, globalement voire mentalement, sa situation est souvent loin d'être stabilisée, et parfois même « instabilisable ».

Ce regard sur la sortie pose le problème de la difficulté d'organiser les départs pour certaines situations particulièrement complexe, pour lesquelles le dispositif médicale en particulier et le réseau institutionnel globalement semble être dans l'impasse. Nous n'avons retenu ici que l'exemple des individus référés en hébergement d'urgence au Centre Le Havre, parce qu'elle nous semble typique. Mais ce n'est pas le seul exemple. Nous pourrions aussi mentionner les individus qui sont « hébergés » en psychiatrie parfois durant des mois, en attente d'une prise en charge. Ou encore les personnes âgées qui doivent demeurer à l'urgence beaucoup plus longtemps que tout le monde, parce qu'on n'arrive pas à organiser leur sortie plus rapidement. L'apparition et la multiplication de ces situations au cours des 20 dernières années révèlent les

défis du nouvel horizon de la pratique et des services en santé mentale : des problèmes complexes à l'entrée et à la sortie.

Il faut situer ce portrait de la complexité en arrière-plan des données diagnostiques de consultations à l'urgence qui ne révèle que la face immergée d'un iceberg.

### Constats

- 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 posent 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.

P

### Propositions

Investir dans des solutions plus durables, au-delà des services de traitement et d'accompagnement. Notamment en fixant des priorités et des objectifs de résultats relatifs à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des utilisateurs :

- Fixer des objectifs de résultats spécifiques pour le développement du 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;
- Fixer des objectifs réalistes au niveau du travail et de la participation sociale et citoyenne.

## 2- Des problèmes systémiques

Nous pouvons situer les problèmes systémiques à trois niveaux, à l'entrée, à l'interne et à la sortie. À chacun de ces niveaux nous pouvons identifier des problèmes importants qui révèlent la difficulté d'adaptation du système au nouvel environnement, et faire des propositions d'amélioration de la performance du système.

### 2,1 Le problème de l'entrée

Les problèmes de gestion de l'entrée ne doivent pas être confondus avec les difficultés liées à la longueur des attentes et des durées dans la salle d'urgence; problèmes qui sont liés à des problèmes de gestion interne des consultations en urgence –même si la gestion de l'entrée et de la sortie peuvent avoir un impact certain et décisif sur la gestion interne des consultations en urgence. Non, ici la gestion de l'entrée renvoie à un autre problème que la durée des séjours; le principal problème de la gestion de l'entrée, ce n'est pas la durée, mais l'orientation systématique vers l'urgence des consultations qui pourraient et devraient être traitées ailleurs. Ce problème est tout aussi important, si non d'avantage que celui de la durée, puisque pour une bonne part, il contribue à l'engorgement de l'urgence et conditionne la durée des séjours.

#### 2,1, 1 L'orientation systématique des consultations vers l'urgence

Nous n'avons pas de données exactes sur l'importance de ce phénomène, considérant la difficulté de mesurer avec précision ce qui doit être référé à l'urgence et ce qui pourrait l'être dans un autre cadre; pour avoir une idée plus précise, il faudrait mener une enquête qui dépasse le cadre du présent travail

Quoi qu'il en soit, il y a certaines évidences qui nous donnent un aperçu du problème. L'une de ces évidences, c'est le recours systématique à l'urgence pour obtenir simplement un renouvellement de prescription. Cette pratique n'est pas problématique en soi. Dans un environnement où le volume de consultations est plutôt restreint, on peut bien s'en accommoder. Mais dans un environnement où le volume de consultations est en croissance quasi continue, cette pratique devient hautement problématique, surtout si elle est généralisée, comme nous le croyons. Ce genre de situations révèle un problème systémique au niveau de l'entrée.

Voici un exemple qui illustre bien ce problème systémique.

*Pierre a 39 ans. Il a fait une longue sentence dans un pénitencier reliée à des problèmes de dépendance et de violence. Il a terminé sa peine, mais il est suivi par un agent de probation. Il a été hébergé au Centre Le Havre afin de l'aider à se réinsérer.*

*Il ne consomme plus de drogue depuis plusieurs années, mais il demeure affectivement très fragile; les marques de reconnaissance comme de non reconnaissance lui font vivre des émotions intenses qu'il gère difficilement.*

*Il a rencontré un psychiatre lors d'une consultation dans une urgence à l'extérieur de la région. Il lui a prescrit 30mg de flurazepam, 25 mg de nozinan et 300 mg de seroquel par jour.*

*Rejoint, le psychiatre a accepté de renouveler une seule fois la prescription pour trois mois.*

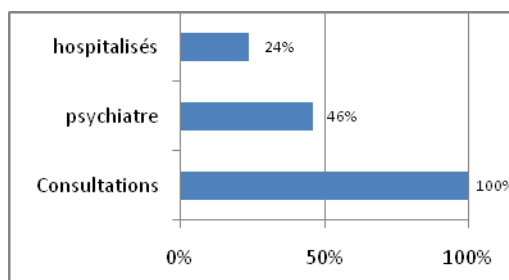
*Pierre vit une situation affective nouvelle qui l'insécurise énormément. Il a un niveau d'anxiété très élevé qui le rend très impulsif; il arrive à se contrôler, mais il a très peur de se retrouver sans aucune médication du jour au lendemain. L'échéance de son renouvellement approchant rapidement, l'inquiétude se change en panique.*

*Après consultation, il s'avère que la seule solution à son problème est d'aller à l'urgence afin de rencontrer un psychiatre et obtenir un renouvellement de sa prescription.*

*C'est ce qu'il a fait, avec succès, après 12 heures d'attente. Était-ce nécessaire ? Médicalement, non, de toute évidence. Pour avoir une réponse à son besoin, oui, malheureusement.*

Le cas de Pierre n'est pas unique, loin de là. Mais ce récit illustre le type de contraintes systémiques qui fait de l'urgence la porte d'entrée pour avoir accès aux soins, même si la situation en elle-même n'est pas médicalement urgente. Ce sont les contraintes du système qui font de la situation une urgence. On ne peut résoudre ce problème simplement en modifiant la gestion de la pratique à l'urgence.

Certaines données sur la gestion interne des consultations à l'urgence révèlent, indirectement, l'ampleur du problème de l'entrée du système. Ce problème apparaît clairement, si on observe le graphique ci-contre. On y constate d'abord que 54% des consultations à l'urgence ne sont pas vues par un psychiatre. C'est beaucoup. Si on va plus loin, on observe que seulement 24% des consultations en santé mentale vont donner lieu à une hospitalisation. On peut légitimement se demander : combien parmi les 76% des individus qui ne sont pas hospitalisés, ou les 54% qui ne sont pas vues par un psychiatre pourraient ou devraient être vues et traitées dans un autre cadre que l'urgence ? Pas tous, c'est certain. Mais combien ? 10, 15, 20, 30% ! Si on réussissait à réduire globalement le volume de consultations de 20 ou 25% à l'urgence, nous aurions un impact considérable sur la gestion interne des consultations restantes –et les problèmes de durée de séjour prendraient une toute autre importance que celle qu'ils ont actuellement.



## 2,1, 2 La judiciarisation et la rupture sociale

S'il est vrai, lorsque l'on regarde les choses de l'intérieur du système de santé, que beaucoup de situations non médicalement urgentes sont orientées vers l'urgence pour trouver une réponse, par ce qu'il n'y a trop souvent aucune autre réponse, c'est aussi vrai, d'un autre point de vue extérieur au système, que beaucoup de situations qui nécessitent une prise en charge ou un suivi psychiatrique dérivent vers le système pénale ou bascule tout simplement dans la rupture sociale.

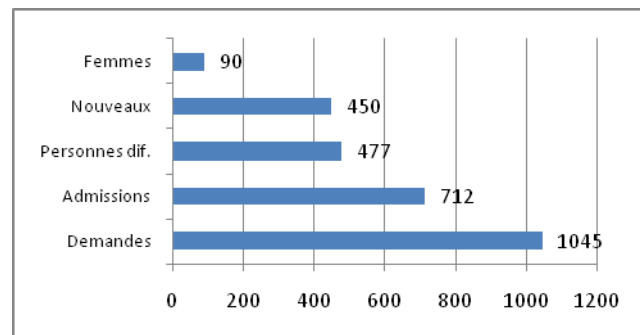
Nous pouvons parler ici d'un déplacement de clientèle. Les enjeux de ce déplacement sont considérables et ont une portée à long terme. Même si ce déplacement peut avoir des effets positifs sur le système à court terme –ceux qui sont à la rue ou en prison ne sont plus dans le système, à moyen et à long terme, ce déplacement de population malade vers des lieux inappropriés où en rupture de service, ne peut qu'aggraver les problèmes déjà difficiles à résoudre. La santé des individus malades enfermés en prison ou dans la rue, sans suivi adéquat, ne peut que se détériorer et engendrer des problèmes de chronicité qu'on ne pourra plus déplacer nulle part. Alors, il faudra bien payer le prix de ce déplacement.

On comprend encore trop souvent l'hébergement d'urgence sociale comme une porte de sortie pour le système de soin. Les gens reçoivent des soins en établissement et après il faut trouver une place pour eux quelque part, lorsqu'ils n'ont pas de domicile ou qu'ils ne peuvent y retourner. L'hébergement d'urgence est utilisé comme un service de sortie du système. C'est normal et compréhensible et acceptable à l'intérieur de certains paramètres. Mais ce n'est ni le rôle ni la fonction principale de l'hébergement d'urgence à l'intérieur d'un système intégré cohérent. L'hébergement d'urgence, dans le monde qui est le notre aujourd'hui, est une porte d'entrée du système.

Mais pour jouer son rôle de porte d'entrée du système, il doit être en mesure de s'arrimer avec les autres services du système, pas seulement pour recevoir les clients pour lesquels les établissements cherchent une porte de sortie, mais pour être en mesure d'offrir une réponse de santé adéquate aux personnes malades en rupture sociale, et ainsi prévenir la détérioration de leur condition de santé et l'utilisation inappropriée des services d'urgence médicale.

Les trois graphiques ci-contre sont tirés des données de l'hébergement d'urgence du Centre Le Havre au cours de l'année 2006.

Le premier nous donne la mesure du volume d'utilisation de l'hébergement d'urgence, soit une moyenne mensuelle de 87 demandes d'hébergement. Cette moyenne a augmentée à 94 demandes par mois au cours de l'année 2007. C'est un volume considérable qui reflète le nouvel horizon à l'intérieur duquel nous nous



trouvons.

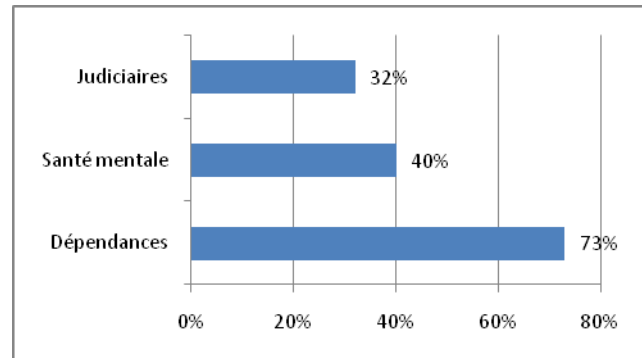
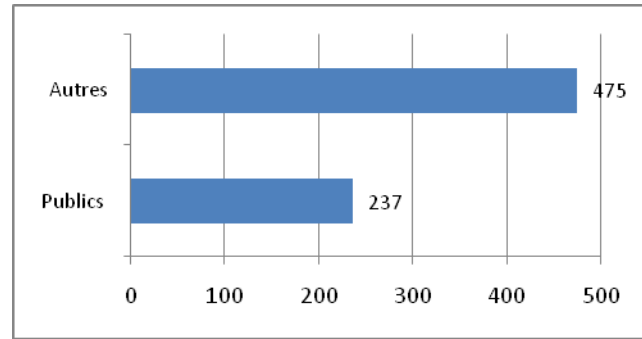
Le second nous montre l'importance des références provenant des établissements publics, 237 au cours de l'année 2006.

Le dernier graphique nous montre l'importance des problèmes vécus par les personnes admises en hébergement. 73% ont des problèmes de dépendance, alors que 40% ont des problèmes de santé mentale important. 32% ont aussi des problèmes judiciaires. Si on omet le problème d'affiliation lié à la rupture sociale, ce sont les trois problématiques les plus fréquentes.

À chaque mois, autour de 40 personnes avec un problème de santé mentale font une demande d'hébergement d'urgence. La

grande majorité son sans domicile et plusieurs son sans suivi. S'ils ont tous besoin de soins, certains sont dans une situation d'urgence psychiatrique et doivent être référés à l'urgence, mais d'autres, même s'ils ont besoin d'une intervention médicale rapide afin d'éviter que leur situation ne se détériore, ne sont pas à proprement parler en urgence psychiatrique. Mais dans les conditions actuelles il n'y a que l'urgence ou la rue comme réponse à leur besoin. Nous référons et accompagnons ainsi régulièrement les personnes à l'urgence, même si cette solution est loin d'être appropriée. Mais pour d'autres, souvent les plus malades et ceux qui en ont le plus besoin, les conditions de l'urgence ne conviennent pas à leur état; ils retournent à la rue... Mais est-ce vraiment une réponse ?

Comment changer cette situation ? Comment faire en sorte que des consultations nécessaires en santé mentale, mais non médicalement urgentes, ne soient plus systématiquement référées à l'urgence ? Comment faciliter l'accès aux soins de santé aux personnes gravement malades qui errent dans la misère de la rupture sociale, captives de leurs dépendances et de leurs délires, captives finalement d'un système dont toutes les portes sont fermées pour eux ? Nous croyons que ce changement ne peut s'opérer qu'en organisant une première ligne forte, capable d'offrir une réponse réelle et crédible aux besoins des utilisateurs qui vont vers l'urgence, parce que rien d'autre de sérieux ne leur est offert. Même si leur situation n'est pas « médicalement urgente » dans l'immédiat, ils ne vont pas à l'urgence par plaisir ou par malice, mais pour trouver une réponse à un besoin légitime, auquel ils ne trouvent aucune réponse ailleurs. Une première ligne aussi mieux arrimée avec l'hébergement d'urgence, non seulement pour y référer des clients, mais aussi et surtout pour être en mesure de soutenir une offre de service comme porte d'entrée de clients qui autrement seraient en rupture de service.



### 2,1,3 L'organisation de la première ligne

La faiblesse de l'organisation de la première ligne en santé mentale est quelque chose qui frôle l'aberration. Cette organisation devait accompagner la reconfiguration des services en santé mentale de l'institution vers la communauté. Elle devait être mise en place dès le milieu des années quatre-vingt-dix. Elle ne l'a pas été. On ne doit pas être surpris des problèmes qui se posent à l'entrée du système.

Considérant l'horizon dans lequel nous nous trouvons aujourd'hui, et l'absence d'alternative réelle, il est « normal » que toutes les consultations convergent vers l'urgence, c'est le seul point d'entrée efficace du système. Mais à quel prix et pour quelle efficacité ?

Nous avons plus de dix ans de retard à rattraper.

Qu'elles sont les conditions de succès de l'organisation d'une offre de service crédible et réelle au niveau de la première ligne en santé mentale ?

Voici neuf propositions qui pourraient servir de balises à cette organisation. La première étant évidemment une condition nécessaire.

1. *Une offre sérieuse de consultations médicale et psychologique directement accessible aux utilisateurs.* Cet accueil permettrait :
  - De gérer les situations qui ne nécessitent pas une hospitalisation et ne requiert pas un encadrement sécuritaire et/ou médical important; celles finalement qui représentent probablement la majorité des consultations à l'urgence.
  - D'élargir l'offre de services médicaux psychologique à l'hébergement d'urgence;
  - Et d'offrir une base de coordination territoriale.
2. Une équipe multidisciplinaire : médecins, infirmières, psychologues, psychoéducateurs ou autres.
3. La désignation de psychiatres répondants;
4. Rattachée à une équipe de suivi dans le milieu (SIV);
5. Un mécanisme de liaison avec l'urgence, et les autres services périphériques à l'urgence médicale, tant communautaires que publics.
6. Un dispositif intégré de coordination et de gestion des situations complexes et litigieuses;
7. Des protocoles d'ententes formels entre tous les partenaires de l'urgence en santé mentale,
  - régie par l'adhésion à certains principes et certaines valeurs,
  - et la réalisation en commun de certains objectifs au niveau de l'offre global de services sur le territoire liés aux situations d'urgence en santé mentale.
8. Le développement et l'implantation d'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 permettre aux gestionnaires de suivre l'état des lieux en tant réel, et de réagir rapidement;
9. La mise sur pied d'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.

### Constats

- 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, et répond mal aux besoins des personnes.
- 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 médicaux psychologique en santé mentale en première ligne, semble être la principale cause systémique du problème d'engorgement de l'urgence hospitalière en santé mentale, et de la difficulté d'offrir une réponse adaptée aux exigences du monde actuel.

### Propositions

Déployer une offre de consultations médicale et psychologique sérieuse au niveau de la première ligne :

1. Une équipe multidisciplinaire : médecins, infirmières, psychologues, psychoéducateurs ou autres.
2. La désignation de psychiatres répondants;
3. Rattachée à une équipe de suivi dans le milieu (SIV);
4. Un mécanisme de liaison avec l'urgence, et les autres services périphériques à l'urgence médicale, tant communautaires que publics.
5. Un dispositif intégré de coordination et de gestion des situations complexes et litigieuses;
6. Des protocoles d'ententes formels entre tous les partenaires de l'urgence en santé mentale,
  - régie par l'adhésion à certains principes et certaines valeurs,
  - et la réalisation en commun de certains objectifs au niveau de l'offre global de services sur le territoire liés aux situations d'urgence en santé mentale.
7. Le développement et l'implantation d'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 permettre aux gestionnaires de suivre l'état des lieux en tant réel, et de réagir rapidement;
8. La mise sur pied d'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.

?

## 2,2 La gestion de l'interne

La gestion de l'interne se pose surtout en termes de durée globale de séjour et de délais entre les interventions. Cette question a été traitée en profondeur par le Dr Gervais dans son rapport. Nous n'y reviendrons pas ici. Nous ferons tout de même deux remarques relatives à la gestion interne des consultations, qui nous semble particulièrement importantes.

### 2,2, 1 Civière vs ambulatoire

Tout comme le Dr Gervais, nous sommes surpris de l'importance du nombre de patients placés sur civières, environ 80%. C'est beaucoup. Est-ce vraiment nécessaire et approprié dans tous les cas ? Une autre gestion est-elle possible ? Nous savons que seulement 24% de tous les patients seront hospitalisés et environ 30% de ceux placés sur civière le seront. Cela veut dire que 70% des patients placés sur civière ne seront pas hospitalisés.

On comprend qu'il y a des situations où il est nécessaire d'isoler les personnes. On comprend aussi que d'autres situations nécessitent que le patient soit couché. Mais dans bien des cas c'est questionnable. On se demande si ce n'est pas plus pour répondre aux contraintes et aux habitudes du système qu'aux besoins des personnes que l'on couche ainsi un nombre si élevé de patients sur civière. Bien sûr, cela pose des problèmes d'organisation des lieux et de la pratique; comment gérer et par qui les critères qui permettent de départager les patients. Mais ce qui n'est pas facile, n'est pas impossible pour autant.

### 2,2, 2 Psychiatre vs travailleuse sociale

Comme le Dr Gervais nous nous interrogeons sur ce ratio : 46% vue par les psychiatre et 18% seulement par la travailleuse sociale. En chiffres absolus, ça donne 126 consultations vues par un psychiatre mensuellement, et 48 vues par une travailleuse sociale.

Nous nous interrogeons sérieusement sur la validité de ces données. Pour en avoir le cœur net, j'ai demandé à la travailleuse sociale en poste de nous fournir les données qu'elles consignent elle-même. En se basant sur les 9 premières périodes de 2007, et en les rapportant sur une moyenne mensuelle, ça donne une moyenne de 96 consultations par mois, toutes catégories diagnostiques confondues. Est-ce que c'est réaliste de croire que 50% seulement des consultations en travail social sont rattachées à des diagnostics de santé mentale ? Nous ne le croyons pas.

Il faut donc être très prudent avec ces données qui doivent être validées plus sérieusement; car elles semblent sous-estimer l'importance du travail social dans la gestion des consultations en santé mentale.

#### Constats

- 80% des patients sont placés sur civière. De ces 80%, 30% seulement seront

#### Propositions

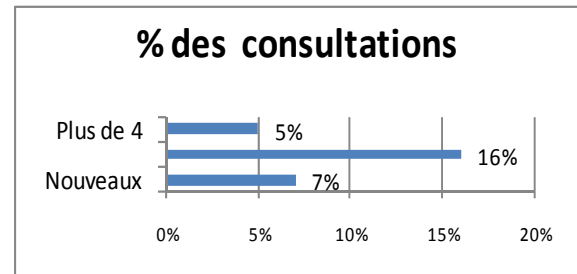
- Faire une étude plus approfondie de la pratique au niveau de l'urgence, avec comme

2

## 2,3 La gestion de la sortie

### 2,3, 1 La récurrence

Le problème de la récurrence est un problème complexe qui chevauche l'entrée, l'interne et la sortie du système; il peut être analysé à partir de ces trois points de vue. J'ai choisi de le traiter ici parce qu'il me semble que c'est à la sortie que l'on peut le mieux prévoir les conditions de non retour. Voyons les données.



Les nouveaux d'abord. 7% de nouveaux seulement, ce n'est pas beaucoup. Sur les 218 individus différents qui se présentent à l'urgence au cours d'un mois, 16 seulement n'ont aucun historique de consultations.

Comparativement, au Centre Le Havre, où la proportion des nouveaux se situe à 53% au cours de l'année 2007.7%, c'est peu.

Toutefois, je ne suis pas certain de la signification « nouveau » dans les données de l'urgence. Il faudrait vérifier. Est-ce que nouveau veut dire : n'a jamais été admis à l'hôpital, ou n'a jamais été admis à l'hôpital en santé mentale ?

Je crois que la première interprétation est la bonne. Mais je n'en suis pas certain. Ça peut changer beaucoup la compréhension de la récurrence selon l'une ou l'autre interprétation.

Nous avons noté une augmentation importante des consultations au cours des cinq dernières années. Or cette augmentation peut être due à une augmentation du nombre de patients ou à une augmentation du nombre de consultations par patient ou encore c'est deux scénarios simultanément.

Il est bien difficile de soutenir sur la base des données que nous avons que l'augmentation du nombre de consultations (2,6 fois plus) soit attribuable à une augmentation du nombre de patients différents; les nouveaux ne représentent que 7% de l'ensemble des patients. Alors il faut accepter que la plus grande partie de l'augmentation soit due à une augmentation du nombre de consultations par patients. Bref, le nombre de nouveaux patients n'a pas tellement augmenté, mais ils consultent plus souvent.

Les autres données que nous avons sont plus certaines. 16% des individus ont fait plus d'une consultation à l'urgence en santé mentale au cours de l'année. C'est dire qu'il y a 34 individus en moyenne, au cours d'un mois, qui ont recours à l'urgence plus d'une fois durant l'année. Si on va plus loin, on constate que 30% de ces individus ont fait plus de quatre consultations à l'urgence au cours de la même année. C'est une moyenne d'une dizaine d'individus par mois.

Nous pouvons donc isoler un groupe de patients qui sont des utilisateurs « récurrents » de l'urgence en santé mentale. Cinq séjours à l'urgence et plus par années, ça représente un volume assez considérable de consultations pour un individu. C'est signe que quelque chose ne tourne pas rond dans sa situation et que les services eux, de leur côté, tournent en rond autour des problèmes de l'individu.

Il faudrait pouvoir mieux circonscrire ces patients, suivre le parcours de l'usage qu'ils font des services, et se demander pourquoi ils utilisent tant l'urgence et, surtout, comment nous pourrions mieux répondre à leurs besoins. C'est bien clair qu'un patient qui utilise l'urgence plus de quatre fois par année, c'est que quelque chose ne va pas. Il faudrait peut être s'arrêter pour essayer d'y voir un peu plus clair; question de savoir où on s'en va !

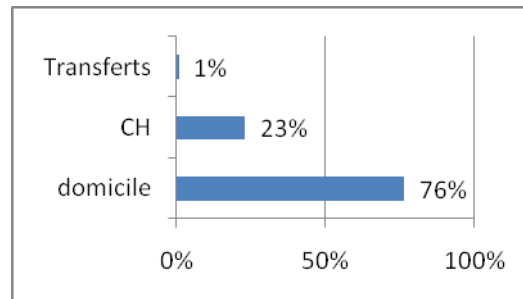
### 2,3, 2 La gestion des impasses de sortie

#### *a) un portrait idéal*

---

Si on en croit les données sur la destination des patients à leur départ de l'urgence, il y a quatre possibilités seulement qui se présentent. Soit ils retournent à leur domicile, soit ils sont hospitalisés en psychiatrie, soit ils sont transférés dans un autre département ou, soit ils sont décédés.

Voyons les données. Une personne est décédée; elle s'est enlevée la vie dans la salle d'attente. C'est dramatique, mais non significatif au niveau des statistiques. 1% de tous les patients sont transférés dans un autre département que la psychiatrie. 23% sont hospitalisés en psychiatrie. Alors que 76% seraient retournés à leur



domicile. Le problème c'est cette catégorie « retour au domicile ». Comment croire qu'il n'y a que ces trois chemins : la mort, l'hospitalisation ou le retour à la maison ? Comme si tous les patients admis à l'urgence avaient un domicile à leur arrivée et qu'ils pouvaient y retourner sans problèmes à leur sortie. Nous savons bien que la réalité est bien différente pour plusieurs patients; lorsqu'ils arrivent à l'urgence, certains sont sans domicile et, lorsqu'ils quittent, ils n'ont pas plus d'endroit où aller. D'autres étaient en résidence d'accueil ou en hébergement. Dans certains cas ils peuvent y retourner, mais dans d'autres le retour est exclu ou très difficile; souvent, c'est l'impasse, la rupture.

Combien y-a-t'il de situations où la gestion des départs n'est pas facile ? Parce que l'état de l'individu ne requiert pas une hospitalisation, mais qu'il n'y a rien à la sortie pour l'accueillir. Il aurait son congé, mais pour aller où ? Nulle part !

Si on en croit les données que nous avons, il n'y aurait aucun problème à la sortie; tout le monde aurait sa place, à l'hôpital ou au domicile.

De toute évidence, il faut documenter différemment le processus de départ, surtout la catégorie « retour au domicile ». Autrement, c'est impossible de voir les problèmes réels qui se posent au niveau de la gestion des départs de l'urgence.

### ***b) Les refus de traitement***

---

Les données que nous avons indiquent qu'il n'y a aucun refus de traitement à l'urgence. Ce qui, après vérification, s'avère faux. Il y a plusieurs refus de traitement et cela sur une base relativement régulière. Mais nous ignorons le chiffre exact. Que tous ces individus qui quittent après un refus de traitement retournent à leur domicile, nous pouvons en douter. Certains, probablement. Tous, certainement pas.

### ***b) Les départs sans prise en charge***

---

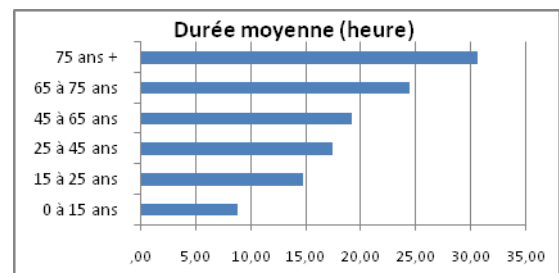
Il n'y a pas que les refus de traitement qui sont laissés complètement dans l'ombre; il y a aussi plusieurs individus qui quittent sans prévenir, parce qu'ils sont tannés d'attendre ou pour d'autres motifs, surtout en ambulatoire. Encore là, on ne peut prendre pour acquis que tous ces individus retournent tout bonnement chez eux. Parce qu'en santé mentale, il arrive assez fréquemment que les gens n'ont plus de chez soi, ou ne peuvent y retourner, malheureusement. Il n'y a pas que l'hôpital ou le domicile comme destination en santé mentale; il y a aussi les centres d'hébergement, et il y a la rue...

Bref, ce qu'on retient, c'est que les impasses de sortie n'apparaissent pas dans le portrait statistique; elles sont dissimulées à l'intérieur de la catégorie « retour à domicile », ou simplement ignorées.

Nous savons aussi que les problèmes de sortie se posent au niveau de l'unité de soin en psychiatrie. En moyenne, il y a toujours entre deux et quatre patients qui sont « hébergés » sur l'unité de soin, en attendant qu'une voie de sortie se dégage pour eux. Cela peut durer des mois, dans certains cas.

### **2,3, 3 Plus on est vieux, plus on reste longtemps à l'urgence**

De toutes les variables identifiées par le Dr Gervais comme ayant une corrélation significative avec la durée des séjours, l'âge semble être une des variables où la corrélation est la plus évidente et la plus forte. Plus vous êtes jeunes, moins le séjour sera long. À l'inverse, plus vous êtes âgé, plus le séjour sera long.



Comment interpréter cette corrélation proportionnelle ? Ce n'est pas simple.

Nous croyons que la situation est particulièrement difficile au niveau de la sortie pour les personnes plus âgées. Il semble très difficile de leur trouver une place, et on ne peut pas

simplement les renvoyer à eux-mêmes. Mais peut-être y-a-t-il d'autres raisons pour lesquelles il est préférable de garder ces personnes en observation ? En fait, nous ne le savons pas. Une chose est certaine, plus on est vieux, plus la durée de séjour à l'urgence sera longue. Par contre les choses sont différentes pour les jeunes adultes; ils ne resteront pas longtemps à l'urgence. Pourquoi ? Et pour aller où ? Retourner à leur domicile !! Là aussi, nous n'en savons rien. Quoi qu'il en soit. Ce que fait apparaître cette corrélation, c'est que la durée de séjour à l'urgence est fortement déterminée par des facteurs autres que la maladie. Et cela nous donne à penser sur les contraintes du système.

### Constats

- 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 patients;
- 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 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. C'est départs sont actuellement classés comme « retour au domicile ». Ce qui est loin d'être de soi...
- Plus on est vieux, plus on reste longtemps à l'urgence. Mais, à l'inverse, les jeunes adultes auront des durées beaucoup plus courtes.

### Propositions

- Revoir les procédures et les catégories au niveau des collectes de données relatives au départ;
- À cet égard, se donner comme objectif de repérer, quantifier et qualifier les impasses ou les difficultés liées au départ;
- 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.

### Conclusion

À la lumière de cette enquête nous pouvons tirer certaines conclusions.

La première, c'est que la réduction des durées de séjour à l'urgence, même si elle réussissait n'aurait pas un impact majeur sur l'urgence; ça ne changerait pas grand chose sur la pression exercée sur l'urgence par les consultations en santé mentale. Cela pour deux raisons principales.

La première :

La durée moyenne des séjours n'est déjà pas tellement élevée. La réduire n'est certainement pas une mauvaise chose, mais n'aurait certainement pas un impact majeur sur l'ensemble du fonctionnement de l'urgence.

En fait, la moyenne de durée du séjour à l'urgence du CHRTR en santé mentale est inférieure à la moyenne provinciale en 2006-2007. Seulement 3,7% des utilisateurs sont demeurés plus de 48 heures à l'urgence, alors que la moyenne provinciale est à 8,3 % des utilisateurs. Quoiqu'il en soit, plus de 48 heures à l'urgence, c'est long. Surtout que l'on sait que ce sont les personnes âgées qui ont le plus de risques d'être coincées dans cette situation. C'est certain que les choses peuvent et doivent être améliorées. Mais est-ce que ça peut avoir un impact significatif sur l'engorgement de l'urgence ? On peut en douter !

La seconde :

C'est que si nous voulons obtenir un impact significatif sur l'engorgement de l'urgence, ce n'est pas au niveau de la réduction des durées de séjour que l'on peut l'atteindre; pour avoir des résultats significatifs et durables, c'est le volume de consultations à l'urgence en santé mentale qu'il faut réduire, et non les durées moyennes de séjour. En d'autres mots, ce n'est pas autant à la sortie qu'à l'entrée du système que se trouve le problème le plus criant en santé mentale. Les individus vont à l'urgence pour faire renouveler leur prescription, parce qu'ils ne savent pas où aller, parce qu'ils sont désespérés; finalement, pour un ensemble de raisons qui ne correspondent pas forcément aux critères d'une urgence médicale, et pour lesquelles l'urgence n'est probablement pas le meilleur lieu pour répondre adéquatement à leurs besoins. Résultat : ils reviennent. Il n'y a que 7% de nouveaux qui utilisent l'urgence pour des problèmes liés à la santé mentale. C'est dire que les mêmes personnes reviennent souvent. Or si l'on veut avoir un impact réel sur l'engorgement de l'urgence, eh bien il faut réduire le volume de consultations. Il faut avoir un contrôle sur l'entrée. C'est d'autant plus important qu'avec le XXI<sup>e</sup> siècle nous sommes entrés dans un horizon où les problèmes liés à la santé mentale sont plus nombreux et plus complexes. Si tout ce qui ne trouve pas réponse ailleurs converge systématiquement vers l'urgence, même si on réussit à contrôler la durée des séjours, on s'en va vers une impasse, c'est certain.

Pour résoudre ce problème il n'y a pas mille solutions; il faut diversifier les points d'entrées en fonction de critères qui demeurent à préciser, et doter ces points d'entrée d'une capacité de répondre aux besoins des utilisateurs. À cet égard, l'hébergement d'urgence doit cesser d'être perçu uniquement comme une porte de sortie du système; l'hébergement d'urgence fait partie des portes d'entrées du système pour les individus qui se retrouvent coincés dans l'impasse de la rupture sociale. L'utilisation de l'hébergement d'urgence principalement, voire exclusivement

comme porte de sortie, est un symptôme des problèmes systémiques que le réseau n'arrive pas à résoudre.

La seconde conclusion que l'on peut tirer de cette enquête, c'est que l'on pourrait certainement mieux changer et améliorer les choses, si on pouvait mieux voir et plus rapidement ce qui se passe au niveau de l'urgence et des autres services qui sont associés. C'est surprenant de constater à quel point les informations sont non seulement difficiles à obtenir, mais à quel point elles sont lacunaires. Comment prendre des décisions importantes sans informations qui nous éclairent sur la situation, au moment où nous en avons besoin ? C'est très difficile, voire hasardeux. Il est certain qu'autant les intervenants que les gestionnaires et les décideurs politiques trouveraient avantage à avoir un système de gestions d'information plus performant. L'état actuel des choses à cet égard est difficilement acceptable, considérant les moyens dont nous disposons par ailleurs.

Il est clair que cette enquête est loin de clore le sujet. Notre espérance, c'est qu'elle ouvre des pistes de questionnement qui se poursuivons et pourrons se traduire dans un rehaussement de la capacité du système de santé de répondre aux besoins des personnes, particulièrement les plus vulnérables.

## ANNEXE I : LES CONSTATS

- 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 posent 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.

\*

- 80% des patients sont 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 patients;
- Nous pouvons isoler une 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 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 total 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. C'est départs sont actuellement classés comme « retour au domicile ». Ce qui est loin d'aller de soi...
- Plus ont est vieux, plus on reste longtemps à l'urgence.

## **ANNEXE II : LES PROPOSITIONS**

Investir dans des solutions plus durables, au-delà des services de traitement et d'accompagnement. Notamment en fixant des priorités et des objectifs de résultats relatifs à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie des utilisateurs :

- 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;

- Fixer des objectifs réalistes au niveau du travail et de la participation sociale et citoyenne.

\*

Déployer une offre de consultations médicale et psychologique sérieuse au niveau de la première ligne :

1. Une équipe multidisciplinaire : médecins, infirmières, psychologues, psychoéducateurs ou autres.
2. La désignation de psychiatres répondants;
3. Rattachée à une équipe de suivi dans le milieu (SIV);
4. Un mécanisme de liaison avec l'urgence, et les autres services périphériques à l'urgence médicale, tant communautaires que publics.
5. Un dispositif intégré de coordination et de gestion des situations complexes et litigieuses;
6. Des protocoles d'ententes formels entre tous les partenaires de l'urgence en santé mentale,
  - régie par l'adhésion à certains principes et certaines valeurs,
  - et la réalisation en commun de certains objectifs au niveau de l'offre global de services sur le territoire liés aux situations d'urgence en santé mentale.
7. Le développement et l'implantation d'un logiciel de gestion de l'information afin :
  - De permette aux intervenants de gérer efficacement avec cohérence un gros volume de demandes;
  - De soutenir la capacité des intervenants à travailler en équipe;
  - De permettre aux gestionnaires de suivre l'état des lieux en tant réel, et de réagir rapidement;
8. La mise sur pied d'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.

\*

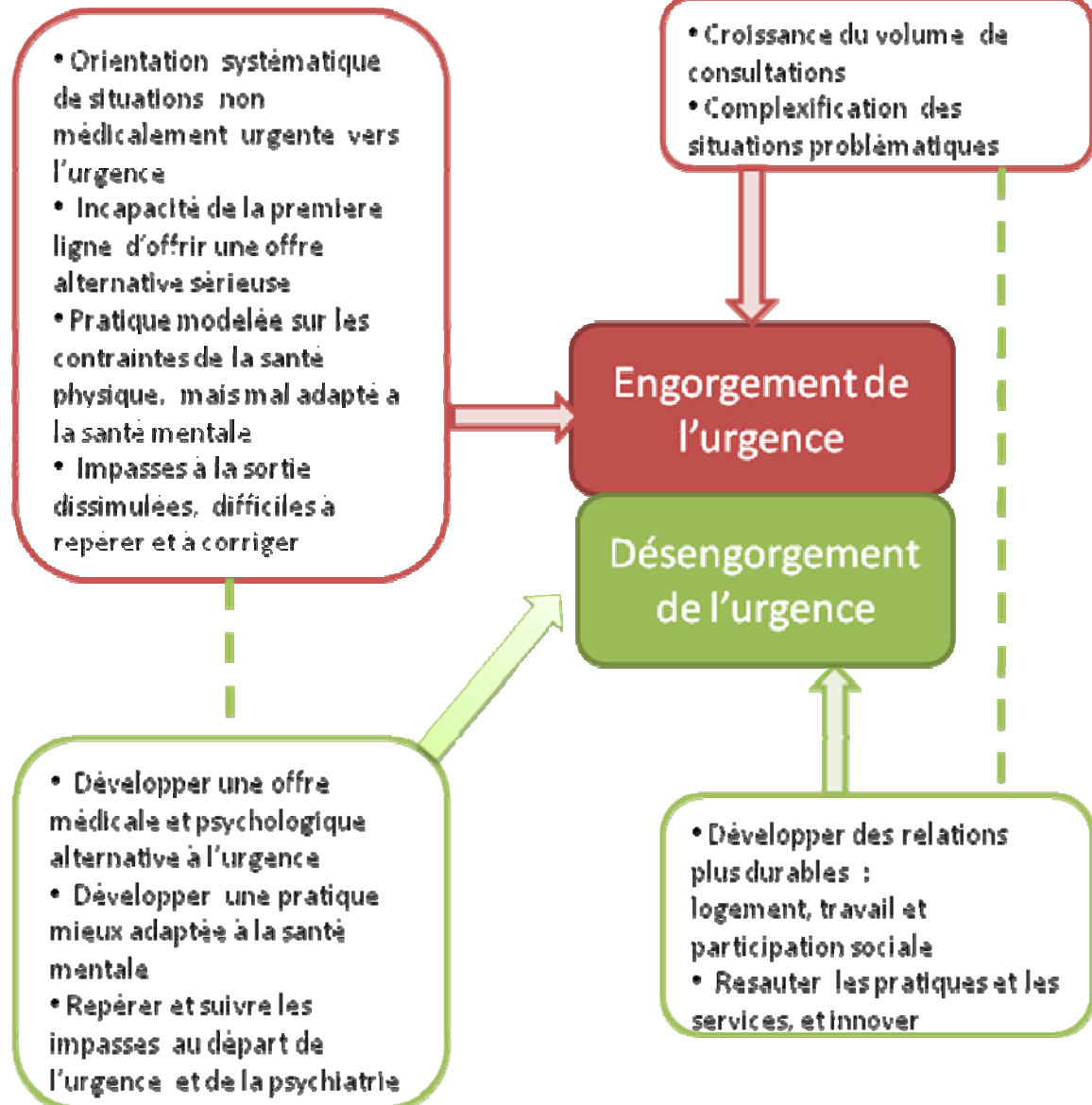
- Faire une étude plus approfondie de la pratique au niveau de l'urgence, avec comme cible un scénario permettant de réduire la proportion de patients placés sur civière.
- Faire une vérification des procédures de collecte de données au niveau du travail social à l'urgence.

\*

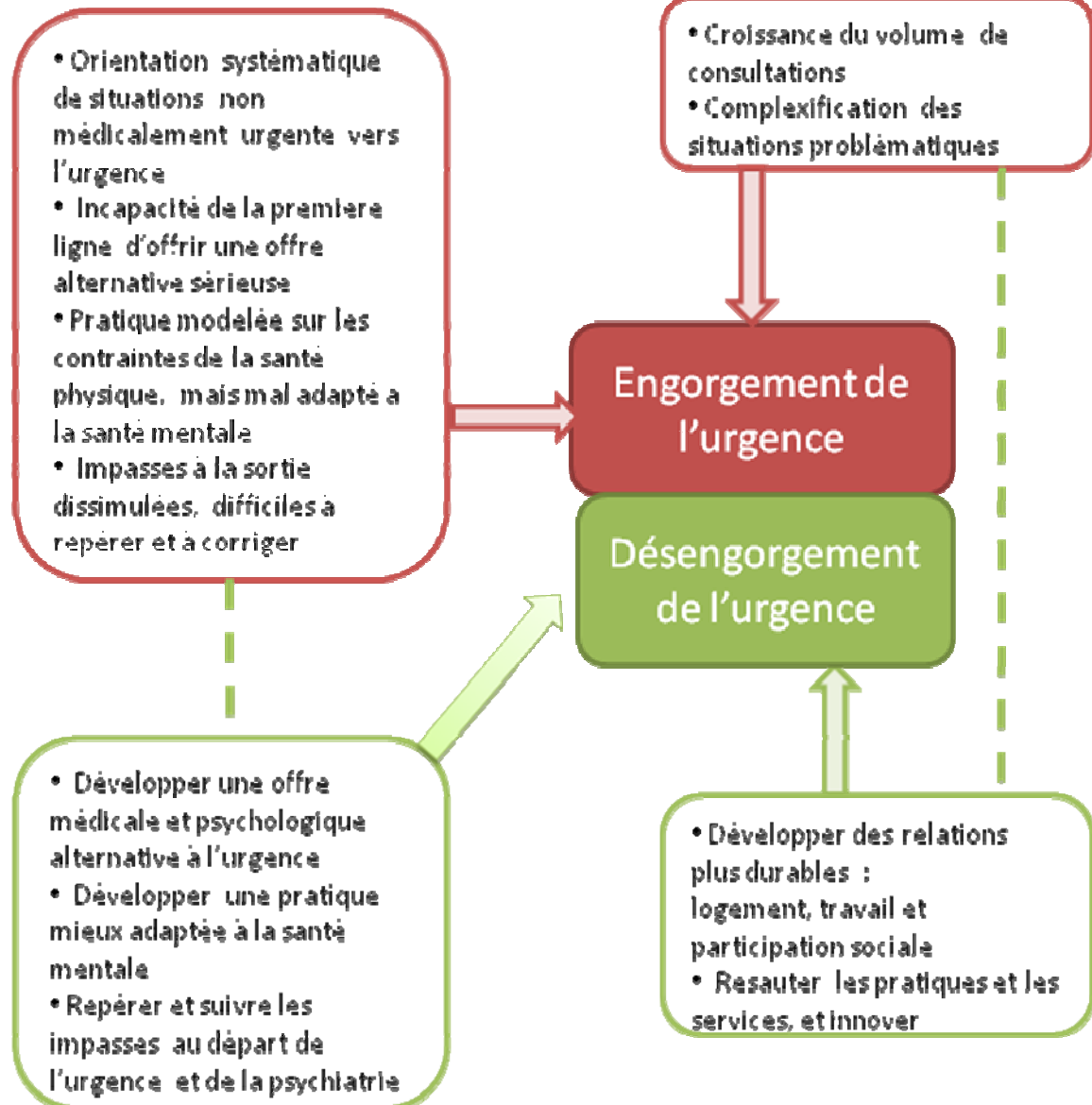
- Revoir les procédures et les catégories au niveau des collectes de données relatives aux départ;
- À cet égard, se donner comme objectif de repérer, quantifier et qualifier les impasses ou les difficultés liées au départ;

- 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.

## Problèmes systémiques

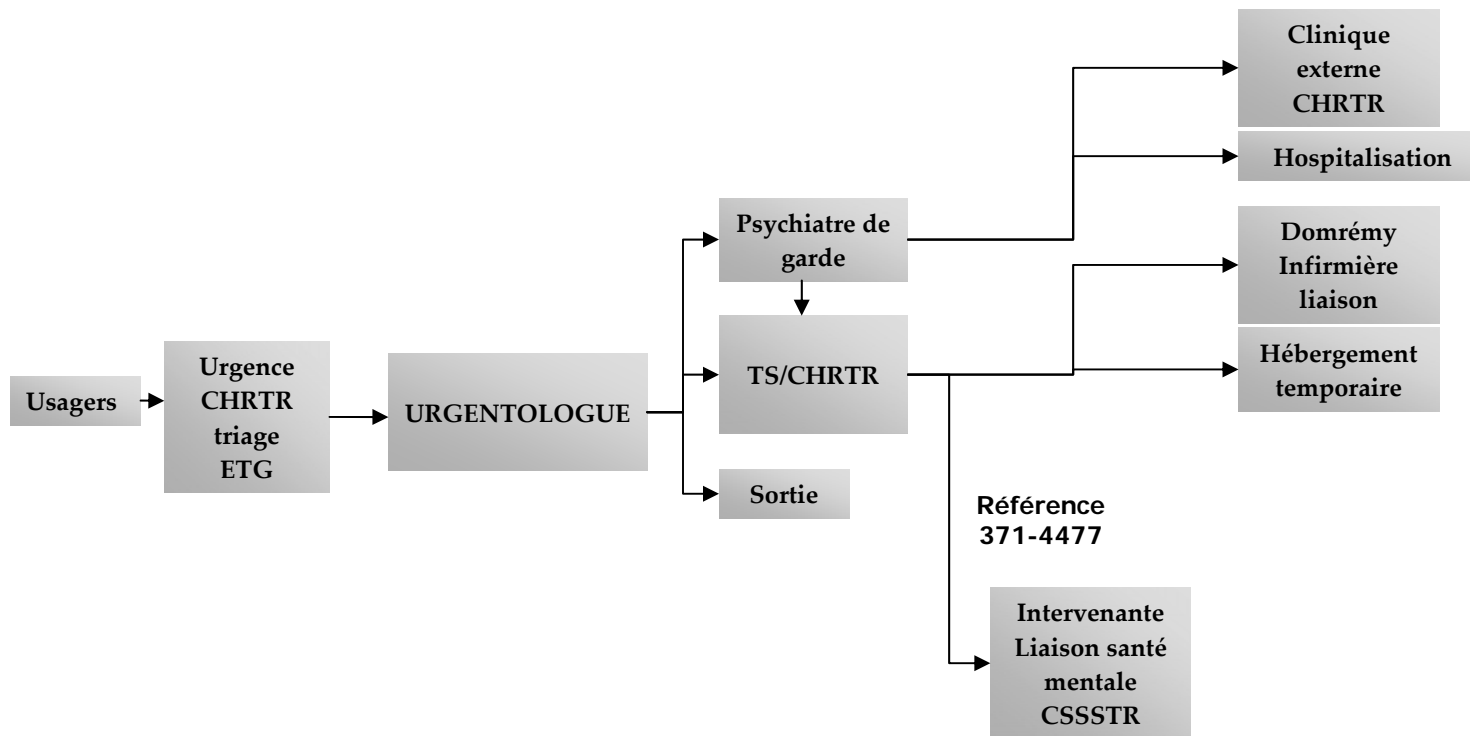


## Problèmes systémiques

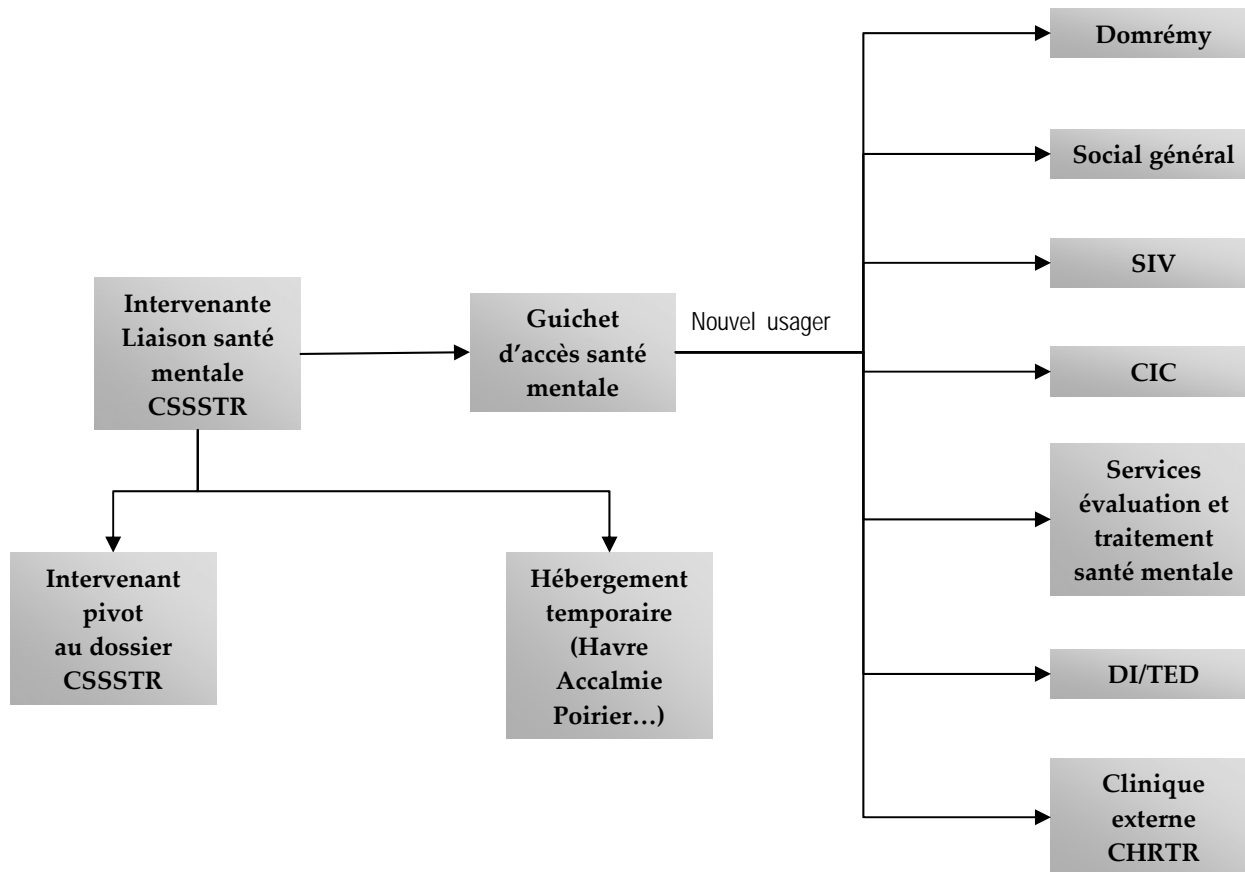


**Annexe 4 : Proposition de la trajectoire de services en santé mentale en lien avec l'urgence du CHRTR**

### Proposition de la trajectoire de services en santé mentale en lien avec l'urgence du CHRTR Entre 8h30 et 16h30 7 jours/ 7 jours



### Proposition de la trajectoire de services en santé mentale en lien avec l'urgence du CHRTR Entre 8h30 et 16h30 7 jours/ 7 jours



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

## **Projet CCNU, agent de liaison CSSSTR/CHRTR**

### **Contexte**

Le projet pilote consiste à mettre en place des moyens concrets notamment en accélérant l'implantation des mesures du PASM sur le territoire de Trois-Rivières pour vérifier si et comment cela aura un impact sur la fréquentation de l'urgence du CHRTR pour la clientèle ambulatoire et sur civière vivant des problèmes de santé mentale.

### **Clientèle ciblée**

Toute personne se présentant à l'urgence du CHRTR, présentant des facteurs de risque affectant sa santé mentale et dont les besoins pourraient être comblés par d'autres services que ceux de l'urgence du centre hospitalier (clinique privée, CLSC, organismes communautaires, Domrémy)

### **Philosophie d'intervention**

L'intervenant liaison fait partie du programme de soutien d'intensité variable dans la communauté. L'esprit dans lequel s'insère de SIV est centré sur une approche voulant que les personnes aux prises avec un problème de santé mentale grave aient tout le potentiel nécessaire pour occuper leur fonction de citoyen à part entière. Ainsi, dans l'exercice de ses opérations, le SIV dispense des activités dans une perspective d'interventions axées sur des prémisses de croyance au potentiel des personnes qui vivent avec un trouble mentale grave d'où découlent les principes de base et la philosophie d'intervention suivants :

- *Amener les personnes présentant un trouble mental grave à exercer un contrôle sur leur vie et sur leur maladie.*
- *Favoriser une approche axée sur la collaboration et la confiance mutuelle entre la personne dans le besoin et l'intervenant.*
- *Traiter la personne avec empathie et compassion.*
- *Donner à la personne le soutien nécessaire tout en encourageant son indépendance et en respectant son autonomie.*
- *Encourager la personne à assumer ses responsabilités.*
- *Engager pleinement la personne dans son plan d'intervention.*
- *Susciter l'espoir du rétablissement*
- *Offrir une diversité dans les approches d'intervention.*

- *Être proactif face aux personnes qui sont réticentes à recevoir des services.*
- *Faire une utilisation optimale des ressources du milieu.*

Les interventions effectuées, une fois que la personne a quitté l'urgence du CHRTR, se déroulent presque exclusivement dans son milieu de vie. Ce dernier revêt plusieurs visages, que ce soit le domicile de la personne, la rue, un centre pour sans-abri, un organisme communautaire, etc.

L'exercice des opérations cliniques dans la communauté se démarque des approches classiques (ex : intervention psychothérapeutique dans une institution). Plusieurs facteurs justifient cette adaptation de l'offre de service. Tout d'abord, le processus de rétablissement prend racine dans l'environnement social de la personne. D'autre part, les activités de réadaptation psychosociale, visant à faciliter l'intégration de la personne dans son milieu, ont nettement plus de chance de succès si elles se déroulent dans les conditions réelles de la vie quotidienne

### **Outils d'évaluation et de suivi**

- Rapport d'évaluation psychosociale
- Outil d'évaluation du potentiel suicidaire
- Historique des services reçus (consultation des dossiers CHRTR et CSSSTR pour services antérieurs)
- Rapport d'interventions

### **Rôles et responsabilités de l'agent de liaison**

- Procède à l'évaluation psychosociale du client lorsque nécessaire.
- Collaborer avec les différents intervenants présents dans le système-client (urgentologue, psychiatre, intervenant social du CHRTR, infirmière, médecin de famille, intervenant de la clinique externe de psychiatrie, CIC, intervenant de Domrémy ou d'un organisme communautaire) afin de procéder à une cueillette de donnée complète et assurer une prise en charge rapide du client.
- Assure une continuité dans l'éventail de services dont bénéficie le client en facilitant la communication d'information.
- Clarifie, lorsque nécessaire, les rôles et les cibles d'intervention de chacun des professionnels en service auprès du client afin de répondre efficacement aux besoins de ce dernier.
- Supporte les organismes communautaires qui aident à la prise en charge du client sortant de l'urgence et dont la problématique apparaît lourde mais ne nécessite pas d'hospitalisation.

- Facilite l'accessibilité aux services du CSSSTR.
- Facilite la prise en charge dans la communauté en assurant un suivi de crise immédiat.
- Simplifie les modalités administratives pour le client dont la mobilisation s'avère difficile.
- Amorce la procédure d'ouverture d'un épisode de services au CSSSTR par des liens avec la ligne partenaire et le guichet d'accès de l'établissement.
- Assure un suivi temporaire entre la sortie de l'urgence du CHRTR et la prise en charge du client par un intervenant du CSSSTR dans le cas, par exemple, d'une personne à risques suicidaires retournée dans son milieu naturel ou d'un client ayant nécessité d'un ajustement de sa médication et ayant besoin d'un suivi pour l'observation des effets.
- Procède à la référence d'un client résidant sur le territoire d'un autre CSSS mais desservi par le CHRTR.
- Fait connaître les ressources communautaires pouvant répondre aux besoins du client tels qu'une ligne d'écoute, un centre de jour, un organisme spécialisé en dépannage alimentaire, une maison d'hébergement, un centre de thérapie pour personnes présentant une dépendance, une clinique privée de psychologie ou de médecine lorsqu'elle est accessible au client (programme d'aide aux employés, assurance maladie, moyens financiers), etc.
- Accompagner le client dans ses démarches sociales auprès de différents organismes (Centre local d'emploi, maison d'hébergement communautaire telle que la Chrysalide, l'Accalmie, le centre Le Havre, Domrémy, etc.).
- Assurer la prise en charge rapide d'un client hébergé à la résidence de dépannage Poirier afin d'en éviter l'engorgement en attendant l'assignation d'un intervenant pivot au CSSSTR.

#### **Procédure d'ouverture d'une demande de services au CSSSTR**

(À faire automatiquement lorsque l'agent de liaison rencontre le client)

- Faire signer au client le formulaire de consentement à la divulgation d'informations.
- Télécopier à la ligne partenaire le rapport d'évaluation psychosociale dûment remplie par l'intervenant social de l'urgence du CHRTR ou par l'agent de liaison du CSSSTR. Ce rapport est nécessaire pour tous types de demandes (médecine en santé mentale, psychologie, équipe de soutien d'intensité variable, service social courant, etc.). *Important : Mentionner clairement les*

*besoins du client et le motif de référence au CSSSTR mais éviter de prendre engagement face au type de services vers lequel le client sera orienté.*

- Une fois la demande traitée, l'intervenant de la ligne partenaire télécopie la demande au bureau du secrétariat en santé mentale afin que les copies soient assignées au programme spécifique aux agents de liaison (8021) et acheminées vers :
  - 1) le gestionnaire qui priorise la demande vers le service correspondant aux besoins présentés par le client ou qui oriente la demande vers le guichet d'accès pour procéder à l'évaluation de la référence
  - 2) les agents de liaison pour leur assignation au programme, statistiques, interventions et suivi. À ce moment, les agents de liaison envoient la copie originale du rapport au dossier du client.
- Si le client refuse les services du CSSSTR suite à la rencontre de l'agent de liaison ou si la référence au CSSSTR n'est pas requise, le rapport d'exploration psychosociale est tout de même télécopié à la ligne partenaire afin de procéder à l'ouverture d'un épisode de services et à l'assignation au programme spécifique aux agents de liaison.
- Après chaque intervention effectuée, l'agent de liaison remplit le rapport d'intervention. La copie originale de ce rapport est envoyée au dossier du client.
- Lorsque l'agent de liaison termine le suivi du client, soit à cause de l'assignation d'un intervenant du CSSSTR pour répondre à la demande, au refus de services du client ou au fait que les services du CSSSTR ne soient pas requis, il ferme son assignation au programme.

### **Rôle de la ligne partenaire en santé mentale**

Lieu où s'effectue l'évaluation de demandes de services effectuées par les partenaires en santé mentale ou en déficience intellectuelle. L'intervenante reçoit la demande, complète les informations afin de les consigner au dossier, établit la priorité et oriente la demande au guichet d'accès santé mentale tout en assurant une communication avec le référent en regard de l'orientation de la demande.

### **Rôle du guichet d'accès en santé mentale au CSSSTR**

Lieu où s'effectuent l'évaluation et l'orientation des demandes de service en santé mentale. . À la différence de l'AEOR, (accueil, évaluation, orientation et référence) le guichet d'accès fait partie de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale; il ne se substitue cependant pas à ce dernier.

Les demandes de services qui y sont dirigées proviennent de l'AEOR et l'accueil santé du CSSSTR, de la référence d'un professionnel de la santé, d'un médecin suite à son évaluation, d'un organisme communautaire, d'un autre partenaire ou d'une référence provenant de l'urgence de l'hôpital ou de l'équipe de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale.

Les professionnels qui y travaillent ont comme mandat de déterminer si les personnes qui s'y présentent ou qui y sont dirigées devraient retourner dans les services généraux ou aux services référents (dans certains cas, certains conseils pourraient être prodigués aux intervenants qui les ont dirigés), si elles bénéficieraient plus avantageusement de l'équipe de première ligne de santé mentale ou si elles doivent rapidement accéder aux services de deuxième ligne

Le développement de liens et l'arrimage entre l'accueil psychosocial, des services généraux et le guichet d'accès des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale sont essentiels pour assurer la fluidité du processus et éviter tout délai dans l'évaluation et la prise en charge de la personne utilisatrice de services. Les partenaires externes désirant effectuer une demande de référence au guichet d'accès pour obtenir des services de l'équipe de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne devront préalablement assurer l'évaluation de leur client. Cette évaluation accompagnera la demande de référence au guichet d'accès via la ligne partenaire de l'AEOR.

L'agent de liaison peut faire une présentation de son évaluation psychosociale ainsi qu'un résumé de son suivi au guichet d'accès afin de faciliter la référence au service le plus approprié.

#### **Mécanismes de référence à une ressource**

La procédure de référence peut différer tout dépendant de la ressource vers laquelle le client sera orienté,

- **Maisons d'hébergement**

*Procédure* : au départ du CHRTR, le client doit avoir en main une prescription pour hébergement s'il est prestataire de la sécurité du revenu afin que les frais d'hébergement lui soient remboursés.

- **Accalmie** : organisme communautaire offrant un service de soutien et d'hébergement temporaire de transition aux personnes suicidaires

*Procédure* : s'assurer de l'admissibilité du client en ce qui a trait aux critères d'admission de l'organisme, faire un contact téléphonique avec l'intervenant en service, utiliser l'outil d'évaluation du potentiel suicidaire de l'Agence de santé et des services sociaux et le leur télécopier. L'Accalmie assume le suivi psychosocial de ses résidents, donc du client, pendant l'hébergement. Ils prennent entente avec le client lors de son admission face aux coûts reliés à son séjour. L'Accalmie et le CSSSTR doivent s'assurer de respecter l'entente de collaboration signée entre eux en 2007.

- **Centre d'Hébergement le Havre** : centre temporaire d'hébergement pour hommes et femmes en difficulté et en situation de rupture sociale

Le Havre et le CSSSTR doivent s'assurer de respecter l'entente de collaboration signée entre eux en 2007.

*Procédure* : prendre contact avec les intervenants en service pour les modalités d'admission et de collaboration selon les besoins et les difficultés du client.

- **La Chrysalide** : centre temporaire d'hébergement pour hommes et femmes de 18 ans et plus du territoire de Bécancour et Nicolet-Yamaska présentant une problématique en santé mentale

*Procédure* : compléter le formulaire de demande d'hébergement avec le client, le télécopier à la ressource, contacter l'intervenant en service afin d'établir les modalités d'admission

- **Ressource intermédiaire de dépannage – Résidence Poirier** : résidence temporaire pour adulte vivant des difficultés reliées à leur problème de santé mentale, accessible de 9h00 à 21h00, 7 jours/7

*Procédure* : compléter la demande d'admission avec le client et l'informer du coût du séjour. Il doit définir des cibles d'action personnelles à atteindre au cours de son hébergement et inscrire ces cibles à l'endroit prévu dans le formulaire d'admission. Si l'admission se fait pendant un jour de semaine, télécopier le formulaire à Ghislaine Fiset du CSSSE. Toutefois, si l'admission a lieu pendant la fin de semaine, télécopier le formulaire directement à la Résidence Poirier. (Consulter la procédure d'admission aux ressources intermédiaires de dépannage du CSSSE).

L'agent de liaison doit supporter de façon continue le client au cours de son hébergement à la Résidence Poirier afin que ses cibles d'action personnelles soient atteintes jusqu'à ce qu'un intervenant du CSSSTR soit assigné à la demande de services. L'agent de liaison transmet alors toute l'information nécessaire à la prise en charge du client afin d'assurer le continuité dans le service au sein de l'établissement pour le client.

- **Domrémy MCQ**: centre de réadaptation et de réinsertion sociale des personnes vivant une dépendance à l'alcool, aux drogues et/ou au jeu compulsif

*Procédure* : une infirmière de liaison visite l'urgence du CHRTR tous les matins du lundi au vendredi. La fin de semaine, l'intervenant social de l'urgence du CHRTR peut référer rapidement, le lundi suivant, un client qui quitte le CHRTR afin d'avoir un rendez-vous avec l'infirmière lors de sa visite à l'urgence. L'agent de liaison du CSSSTR a pour rôle de faire connaître les services offerts par Domrémy, accompagner le client dans les procédures de demande de services lorsqu'il y a départ du CHRTR et le supporter dans l'attente de la prise en charge de sa demande par Domrémy.

- **Mécanisme de référence/collaboration CIC** : service du CSSSE offrant des services de 2<sup>ème</sup> ligne sous forme de suivi intensif dans le milieu auprès d'une clientèle présentant des troubles graves en santé mentale.

*Procédure : lorsqu'un usager est déjà en suivi avec le CIC, l'intervenante sociale du CHRTR prend contact avec son intervenant afin d'assurer une prise en charge rapide. Dans le cas où c'est un nouvel usager, suite à la présentation du dossier au guichet d'accès, une référence formelle pourra être faite le cas échéant au CIC.*

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

## **Hiérarchisation des services**

### **Outils pour orientation de la clientèle dans les services de santé mentale adulte**

Selon le Plan d'action en santé mentale (PASM), le mandat de la hiérarchisation des services vise l'utilisation des ressources de façon optimale afin d'offrir le bon service, au bon client, par la bonne personne, au bon moment, pour la bonne durée et au bon endroit. Dans une organisation hiérarchisée, l'équipe de première ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu. Les services de deuxième ligne, quant à eux, permettent de résoudre des problèmes complexes.

Pour s'assurer de répondre adéquatement à ce mandat et d'offrir des services adaptés aux besoins de la clientèle, les services de première ligne ont créé un guichet d'accès pour les services en santé mentale pour la clientèle adulte. Ce guichet représente le lieu où s'effectue l'évaluation des demandes et l'orientation de la clientèle dans les services de santé mentale adulte. Les professionnels siégeant au guichet d'accès ont pour mandat de déterminer si les personnes qui y sont dirigées devraient retourner dans les services généraux ou les services de première ligne d'où elles arrivent, si elle bénéficieraient plus avantageusement des services de l'équipe de première ligne en santé mentale ou si elles doivent rapidement accéder aux services de deuxième ligne.

L'orientation dans les services doit être fonction des besoins de la clientèle. Indépendamment du diagnostic (sauf exceptions), l'orientation est fonction de la stabilité, de la complexité de la condition mentale et/ou de la problématique actuelle.

Toutefois, le seul indicateur de la complexité et/ou de la sévérité n'est pas suffisant pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. La notion de complexité/sévérité a besoin d'être mis en corrélation avec les suivis antérieurs dont la personne a bénéficié (quantité, qualité et durée). Les suivis antérieurs reflètent le cheminement d'une personne dans les services de santé mentale et permettent de souligner l'efficacité ou l'échec de certains services reçus antérieurement.

Les suivis antérieurs ne peuvent être associés à la complexité d'une problématique puisqu'ils sont « externes » à cette dernière. La complexité/sévérité découle de la problématique présentée par une personne alors que les suivis antérieurs constituent des solutions et des services qui ont déjà été proposés dans le passé pour aider une personne faisant face une problématique donnée. Il s'avère donc pertinent d'évaluer l'efficacité des suivis antérieurs indépendamment de la complexité/sévérité.

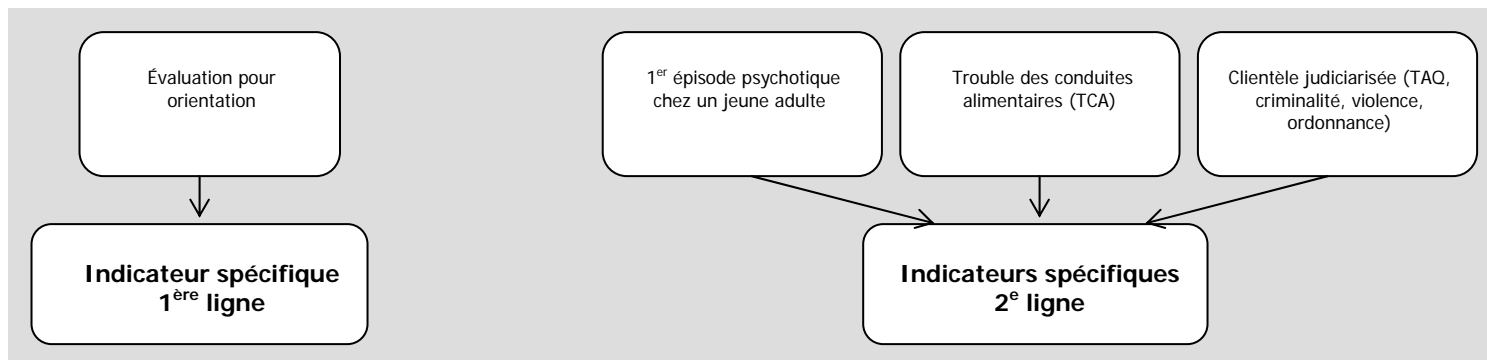
Un schéma décisionnel est présenté dans ce document pour faciliter l'orientation de la clientèle dans les services de santé mentale adulte. Il constitue un cadre général assurant une constance et une cohérence dans l'orientation de la clientèle par l'intermédiaire d'indicateurs stables et prédéterminés.

Un diagramme couleur est également présenté dans ce document. En sa qualité de support visuel, il permet de visualiser l'orientation de la clientèle dans les services selon le recours à des indicateurs stables tout en soulignant la nécessité, dans un souci de qualité de services, de l'apport du jugement et discussions cliniques des intervenants au sein d'un comité d'accès, lequel est composé d'intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne et d'un intervenant liaison de 2<sup>e</sup> ligne.

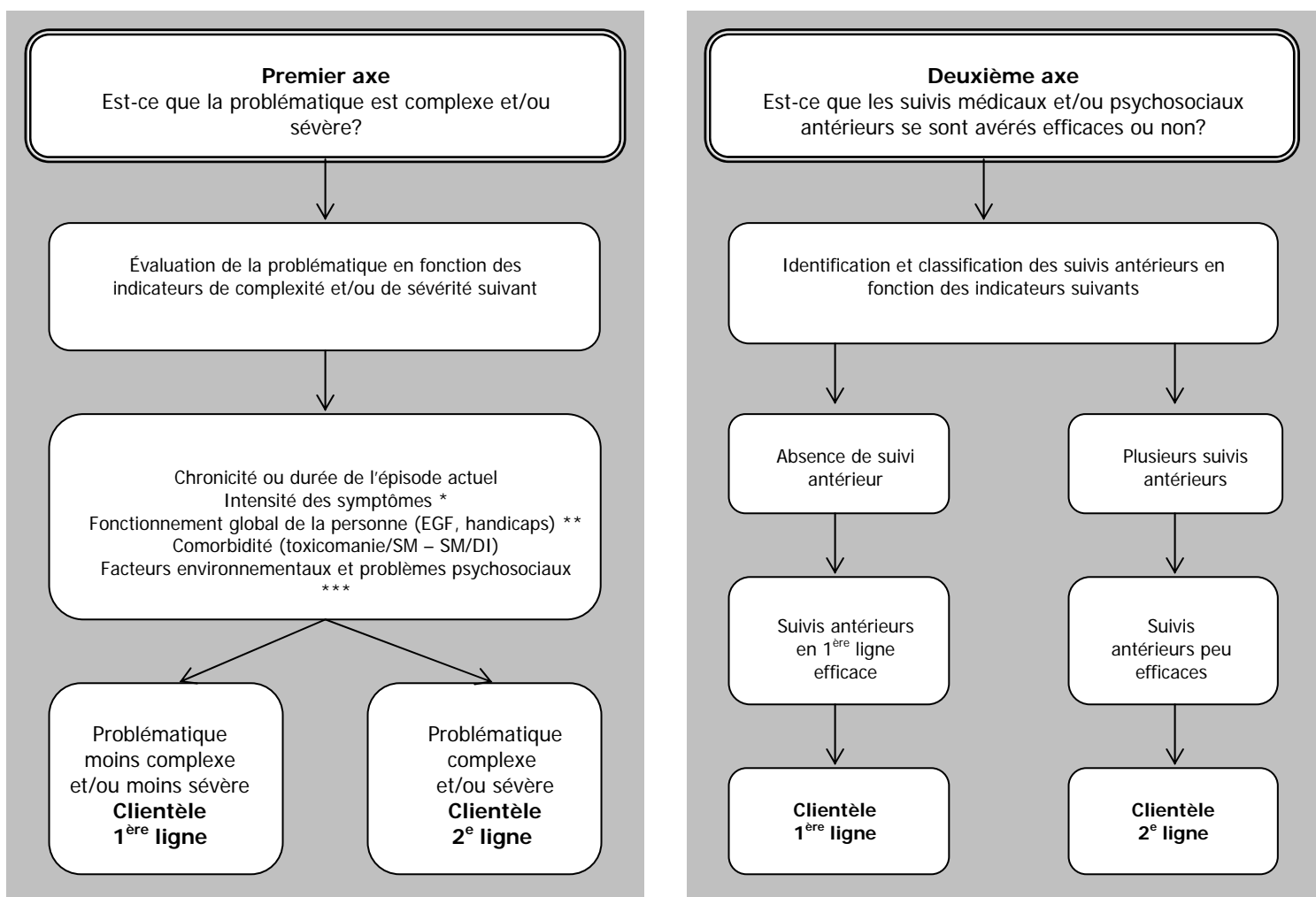
Malgré le recours à des indicateurs généraux et spécifiques pour faciliter l'orientation de la clientèle dans les services de santé mentale adulte (1<sup>ère</sup> ligne versus 2<sup>e</sup> ligne), la notion de soins partagés demeure centrale et primordiale dans la hiérarchisation des services. La collaboration entre les divers niveaux de services s'avère essentielle puisque aucun programme ne peut dispenser seul tous les services nécessaires à une personne. Il demeure donc requis que les intervenants de divers niveaux de services puissent s'impliquer auprès d'une même personne et collaborer en vue de lui offrir les soins et services requis par sa condition.

## Schéma décisionnel Hiérarchisation des services en santé mentale adulte

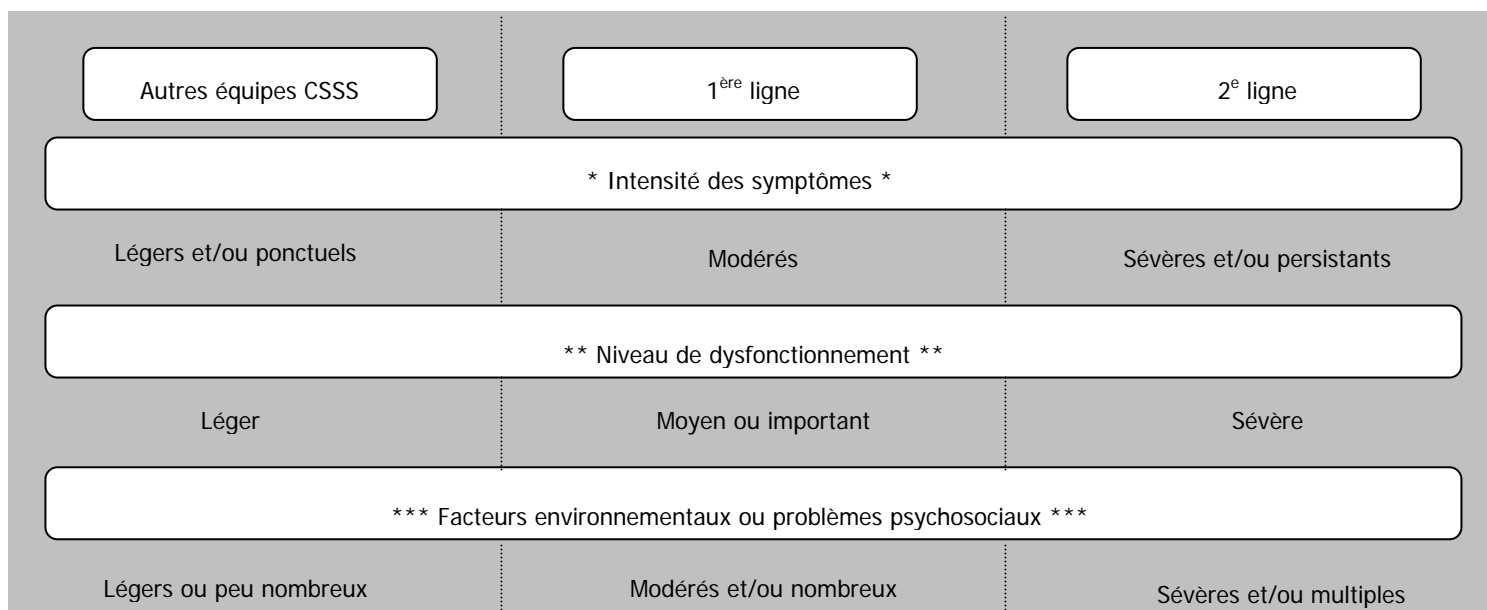
**Indicateurs spécifiques pour orientation de la clientèle**  
Est-ce que la problématique correspond à l'un des critères spécifiques suivants?



### Deux axes décisionnels pour l'orientation de la clientèle

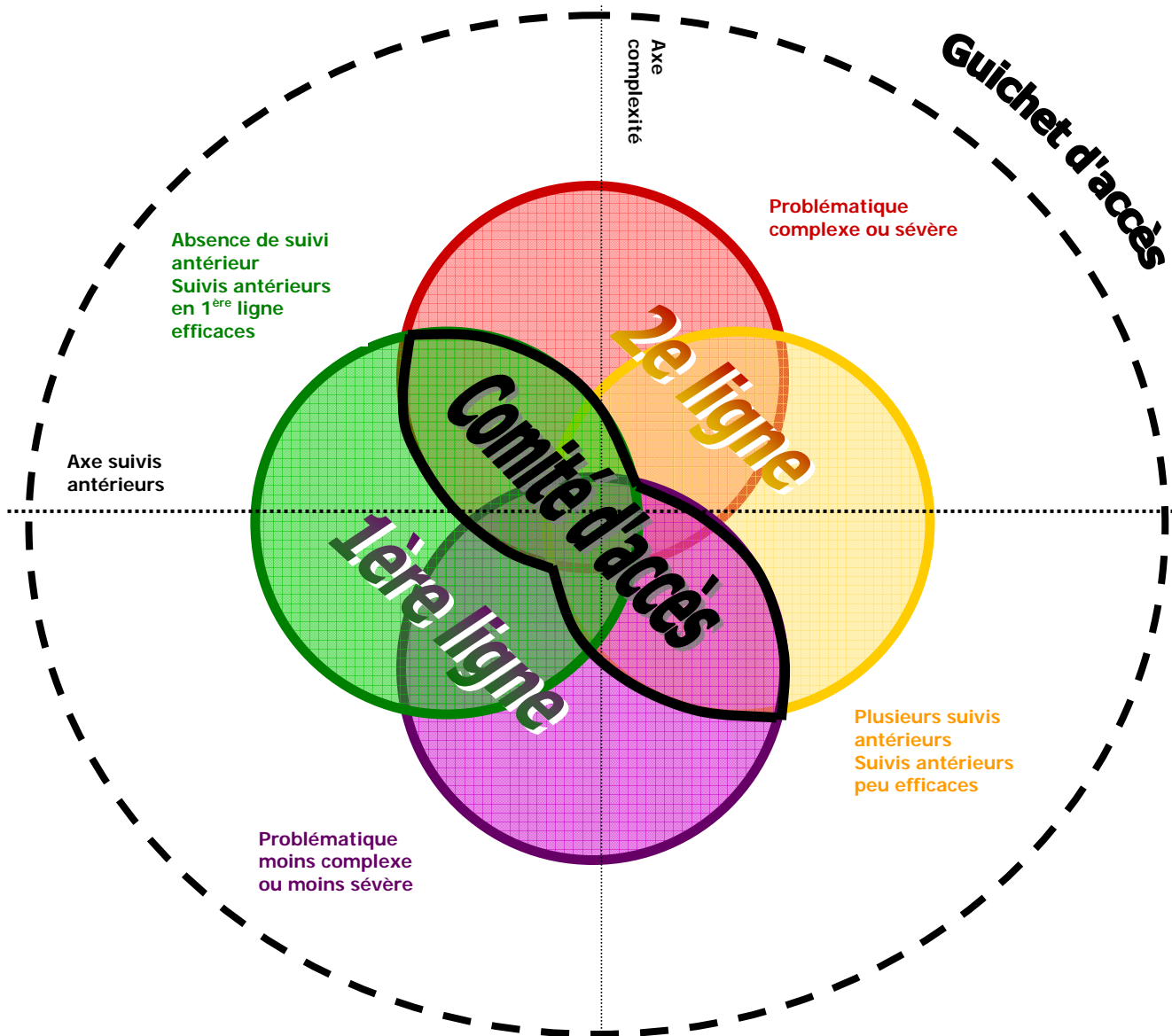


### Échelle de gradation pour évaluation de la complexité de la problématique















# Diagramme décisionnel

## Hiérarchisation des services en santé mentale adulte

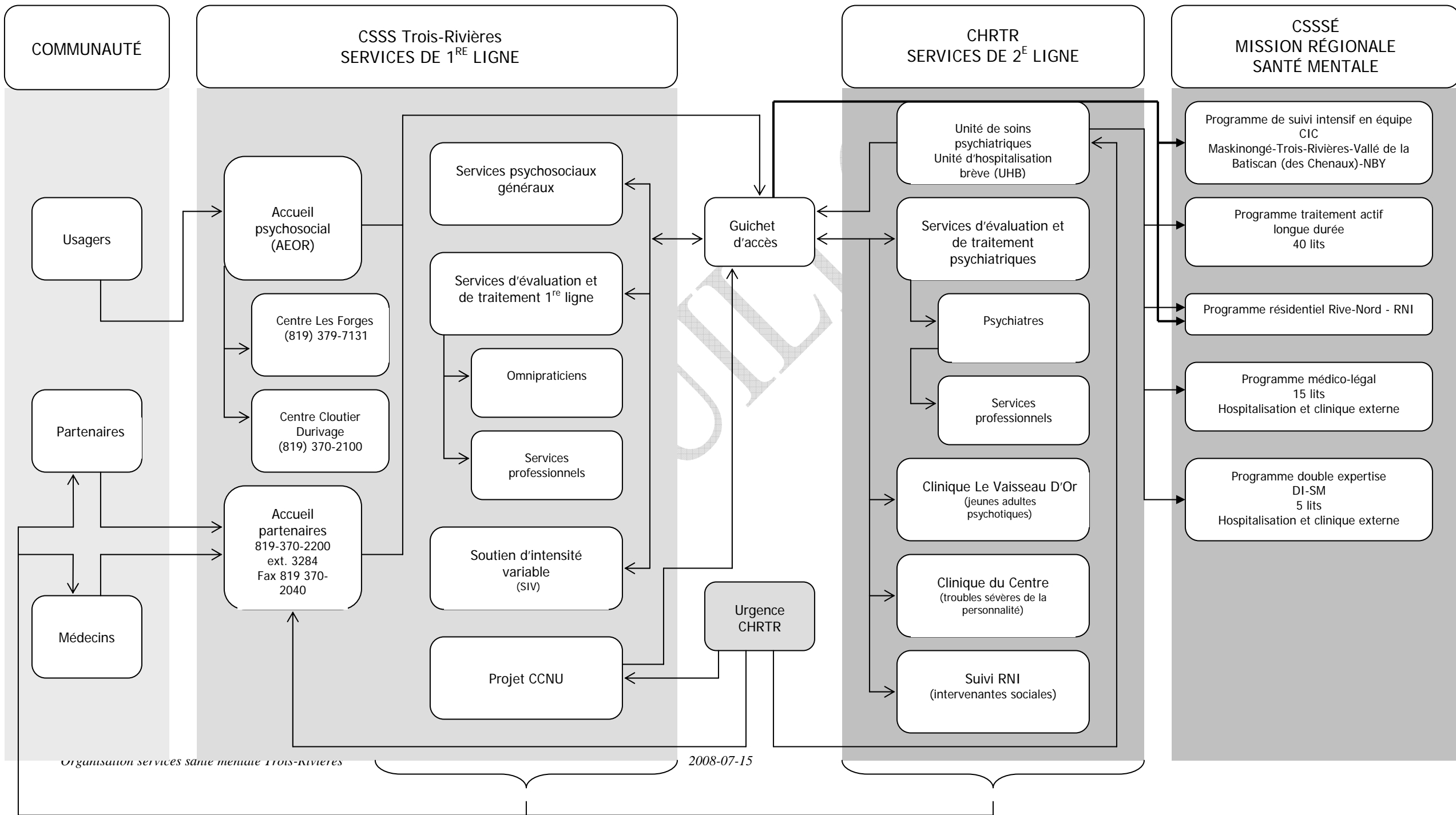


## Légende du diagramme décisionnel

1 <sup>ère</sup> ligne	2 <sup>e</sup> ligne
<p> Absence de suivi antérieur - Suivis antérieurs en 1<sup>ère</sup> ligne efficaces</p> <p> Problématique moins complexe ou moins Sévère</p> <p> + </p>	<p> Plusieurs suivis antérieurs - Suivis antérieurs peu efficaces</p> <p> Problématique complexe ou sévère</p> <p> + </p>
Comité d'accès	
<p>Le jugement clinique des intervenants de première ligne et d'un intervenant de liaison de 2<sup>e</sup> ligne impliqués au guichet d'accès permettra d'orienter ces clientèles particulières en fonction de leur condition et de leurs besoins.</p>	
<p> Problématique complexe ou sévère</p> <p> Problématique moins complexe ou moins sévère</p>	<p>+  Absence de suivi antérieur - Suivis antérieurs en 1<sup>ère</sup> ligne efficaces</p> <p>+  Plusieurs suivis antérieurs - Suivis antérieurs peu efficaces</p>

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

# TRAJECTOIRE DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES DE TROIS-RIVIÈRES



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



## Formulaire de demande de consultation Programme santé mentale adulte

### 1. Identification de la personne

Nom : \_\_\_\_\_ No. RAMQ : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Tél. principal : \_\_\_\_\_ Nom du père : \_\_\_\_\_  
Tél. travail ou autres : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

### 2. Identification du référent

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ No. permis pratique (si vous êtes médecin) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Début du suivi (année) : \_\_\_\_\_  
Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Précisez le médecin traitant : \_\_\_\_\_

### 3. Motif de référence

Impression diagnostique ou situation problématique :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précisez le motif de votre référence (ainsi que les attentes de la personne référée si différentes de votre motif) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*La demande de consultation doit être dûment complétée pour faciliter l'évaluation et l'orientation (y compris section 11 pour l'autorisation de communiquer des renseignements confidentiels). Veuillez annexer à la demande de consultation tout rapport d'évaluation et/ou d'expertise en votre possession. Si les informations demandées dans les sections subséquentes du formulaire figurent dans les rapports que vous pourriez fournir, vous n'êtes pas tenu de compléter les sections concernées.*

*Merci de votre collaboration.*

### 4. Situation psychosociale actuelle

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> État civil _____   | <input type="checkbox"/> Problèmes reliés à l'hébergement ou au logement  |
| <input type="checkbox"/> Scolarité _____  | <input type="checkbox"/> Insalubrité                                      |
| <input type="checkbox"/> Situation légale   | <input type="checkbox"/> Autres : _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement   | <input type="checkbox"/> Situation d'hébergement                          |
| <input type="checkbox"/> Tribunal administratif du Québec                                   | <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Altération significative du fonctionnement social et professionnel | <input type="checkbox"/> RA/RI  |
|   | <input type="checkbox"/> Maison   |

Nom de la personne référée : \_\_\_\_\_

**5. Stresseurs psychosociaux et facteurs de risque (précisez au cours des 12 derniers mois)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Condition socioéconomique      | <input type="checkbox"/> Deuil                 | <input type="checkbox"/> Rupture amoureuse (séparation, divorce, rupture) |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi                 | <input type="checkbox"/> Violence              | <input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux                              |
| <input type="checkbox"/> Arrêt de travail depuis _____  | <input type="checkbox"/> Abus sexuels          | <input type="checkbox"/> Problèmes familiaux                              |
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'aide sociale | <input type="checkbox"/> Isolement social      | <input type="checkbox"/> Autres : _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Problèmes financiers           | <input type="checkbox"/> Problèmes judiciaires |   |

**6. Histoire familiale**

Détaillez, par exemple, les antécédents psychiatriques familiaux, la qualité et la fréquence des contacts familiaux, les abus, \_\_\_\_\_ les \_\_\_\_\_ problèmes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ l'enfance.

---

---

---

**7. Symptômes actuels (précisez la sévérité selon le fonctionnement de la personne)**

BROUILLON

- Symptômes dépressifs
  - Situationnels
  - Légers
  - Modérés
  - Sévères
- Symptômes maniaques ou hypomaniaques
- Alternance symptômes dépressifs et maniaques/hypomaniaques
- Symptômes psychotiques
  - Aigus
  - Résiduels (chroniques)
- Symptômes anxieux
  - Légers
  - Modérés
  - Sévères
- Plaintes somatiques
- Problèmes de sommeil
  - Insomnie
  - Hypersomnie
  - Autres : \_\_\_\_\_
- Consommation de substances psycho actives / alcool
 

Substance (s) consommée (s) \_\_\_\_\_

Fréquence de la consommation \_\_\_\_\_
- Jeu pathologique
- Déficience intellectuelle diagnostiquée
- Signes déficit attention avec ou sans hyperactivité
- Problèmes sexuels
 

Précisez \_\_\_\_\_
- Symptômes de troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
 

Poids (Kg) \_\_\_\_\_ Taille (mètre) \_\_\_\_\_
- Troubles de comportements (mensonges, manipulation, crier, invectiver, etc.)
 

Précisez \_\_\_\_\_
- Comportements dangereux ou à risque (automutilation, passage à l'acte hétéro agressif, destruction de biens, agressivité verbale ou physique, conduite automobile dangereuse, etc.)
  - Dans la dernière année
  - Dans la situation actuelle, précisez de façon détaillée \_\_\_\_\_
- Idées suicidaires, tentatives de suicide, plan suicidaire
  - Dans la dernière année
  - Dans la situation actuelle, précisez de façon détaillée (inclure résultats du COQ) \_\_\_\_\_
- Idées homicidaires
  - Dans la dernière année
  - Dans la situation actuelle, précisez de façon détaillée \_\_\_\_\_
- Autres symptômes psychiatriques
 

Précisez \_\_\_\_\_
- Précisez toute particularité physique (bilan sanguin anormal, particularité de l'examen physique, TSH anormale, etc.) \_\_\_\_\_

Nom de la personne référée : \_\_\_\_\_

## 8. Antécédents personnels

Antécédents physiques personnels (**p. ex. maladies physiques concomitantes, hospitalisations en médecine**)

---



---



---



---

Antécédents psychiatriques personnels

---

---

---

---

**9. Médication**

**Médication actuelle psychiatrique et physique : nom, dosage et durée du traitement**

Psychiatrique

Physique

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

**Médication psychiatrique antérieure et raison des changements (p. ex., inefficacité, effets sec.)**

---

---

---

---

---

**Allergies**    Oui     Non     Si oui, spécifiez :

---

**10. Précisez tout autre service et/ou organisme impliqué dans le suivi** (p. ex. : service privé, services

CSSS, CIC, CSDI, Domrémy, Clinique externe de psychiatrie du CHRTR.)

**Antérieurement**

**Actuellement**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---

## 11. Autorisation de communiquer des renseignements confidentiels

Je, soussigné (e), \_\_\_\_\_, consens à la communication verbale et/ou écrite, en toute confidentialité, de renseignements me concernant entre les intervenants autorisés oeuvrant en santé mentale adulte au sein des divers organismes suivants dans le cadre de la présente demande de consultation et ce, pour faciliter mon orientation vers le service approprié en fonction de ma condition et de mes besoins.

- CHRTR
- CSSS de l'Énergie
- CSSS de Trois-Rivières
- Référent
- CSSS Bécancour-Nicolet-Yamaska
- CSSS Maskinongé
- CSSS de la Vallée de la Batiscan

On doit s'assurer que les signataires de cette autorisation sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et, le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (p. ex. curateur, tuteur) la personne est autorisée à signer.

La présente autorisation prend effet au moment et à la date de la signature par la personne concernée ou par son représentant légal et est accordée pour une période de 1 an. L'autorisation peut être révoquée en tout temps par la personne concernée ou son représentant légal.

Je signe en ma qualité de :

- Personne référée       Curateur       Tuteur       Autres (précisez)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne référée ou	Année	Mois
Jour		
de son représentant légal		
_____	_____ / _____ / _____	
_____		
Témoins à la signature	Année	Mois
Jour		

\_\_\_\_\_  
Signature du référant

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour

**Veillez faire parvenir ce formulaire dûment complété par fax ou par courrier dans l'un des guichets d'accès suivants (selon le territoire où demeure la personne référée) :**

Centre de santé et de services sociaux  
de Trois-Rivières

CSSS Bécancour-Nicolet- Yamaska  675, rue St-Jean- Baptiste  Nicolet, (Qc)  J3T 1S5  ☎ (819) 293-2071  📠 (819) 293-6160	CSSS Maskinongé  41, bld Comtois  Louiseville (Qc)  J5V 2H8  ☎ (819) 228-2731  📠 (819) 228-2973	CSSS de Trois-Rivières  1455, rue Toupin  Trois-Rivières (Qc)  G8T 3Z8  ☎ (819) 370-2200  Poste 3284  📠 (819) 370-2040	CSSS de la Vallée de la Batiscan  750, rue du Couvent C.P.  430  Saint-Tite (Qc)  G0X 3H0  ☎ (418) 365-7555  📠 (418) 365-6009
---	---	--	--

## MÉCANISMES D'ACCÈS EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES

Le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières a la responsabilité d'accueillir et d'orienter l'ensemble des demandes en santé mentale pour les adultes. La procédure suivante se veut facilitante tout en étant suffisamment rigoureuse pour bien orienter la clientèle vers les professionnels et services requis par leur situation. Tout le processus s'inscrit dans un souci de continuité, d'accessibilité et de complémentarité. Les procédures suivantes sont prévues selon la catégorie de référents :

### A. Médecins

**Compléter le formulaire « Formulaire de demande de consultation programme santé mentale adulte »** et transmettre à l'accueil partenaire en santé mentale du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) par téléphone au ☎ (819) 370-2200 Poste 3284 ou par télécopieur au 📠 (819) 370-2040 ou encore par courrier au CSSS de Trois-Rivières 1455, rue Toupin, Trois-Rivières (Qc) G8T 3Z8.

- **Le motif de référence, peut être précisé par différents éléments tels :** (ex. : consultation en santé mentale, demande d'opinion médicale, référence pour un professionnel en santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne, référence pour un intervenant social des services généraux, etc.).

*L'intervenante attitrée à la ligne partenaire :*

- Ouvrira une demande de services au nom du client ;
- Complétera l'information si nécessaire;
- Orientera la demande au guichet d'accès en santé mentale;
- Enverra au médecin une confirmation de la réception et de l'orientation de la demande (exemple : 1<sup>re</sup> ligne, 2<sup>e</sup> ligne) ;
- *Si prise en charge par le CSSSTR, le médecin sera contacté de façon systématique par le médecin de première ligne en santé mentale ou par l'intervenant (psychologue, travailleur social, psychoéducateur) assigné au dossier.*

### B. Référents de 1<sup>re</sup> ou de 2<sup>e</sup> ligne (CJ, Domrémy, CSDI, CHRTR, CIC, organismes communautaires oeuvra en santé mentale)

**Compléter le formulaire « Formulaire de demande de consultation programme santé mentale adulte »** et transmettre à l'accueil partenaire en santé mentale du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) par téléphone au ☎ (819) 370-2200 Poste 3284 ou par télécopieur au 📠 (819) 370-2040 ou encore par courrier au CSSS de Trois-Rivières 1455, rue Toupin, Trois-Rivières (Qc) G8T 3Z8. Si le référent possède un rapport d'évaluation complet qui présente les éléments nécessaires pour permettre une orientation judicieuse, veuillez le joindre au dit formulaire de demande de consultation en complétant uniquement les **informations manquantes**.

*L'intervenante attitrée à la ligne partenaire :*

- Ouvrira une demande de services au nom du client ;
- Complétera l'information si nécessaire;
- Orientera la demande au guichet d'accès en santé mentale;
- Enverra au médecin une confirmation de la réception et de l'orientation de la demande (exemple : 1<sup>re</sup> ligne, 2<sup>e</sup> ligne) ;
- *Si prise en charge par le CSSSTR, le partenaire sera contacté de façon systématique par le médecin de première ligne en santé mentale ou par l'intervenant assigné au dossier.*



## AVIS POUR LES MÉDECINS DU GRAND TROIS-RIVIÈRES ET ST-ÉTIENNE-DES-GRÈS

Le 31 mars 2008

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que nous vous confirmons la mise en œuvre dès avril 2008 de la **TRAJECTOIRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES** pour la région de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès.

Conformément aux orientations nationales et régionales en santé mentale, le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières devient le guichet d'accès aux services en santé mentale pour les adultes désirant recevoir des services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne ou de 2<sup>e</sup> ligne. Cette démarche ne pourra s'actualiser sans la participation de nos partenaires impliqués auprès de cette clientèle et qui œuvre pour leur bien être

Vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- ↪ Mécanismes d'accès en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale pour les adultes ;
- ↪ Formulaire : Référence et demande de services.
- ↪ Trajectoire de services en santé mentale à Trois-Rivières.

N'hésitez pas à communiquer avec M. André Sauvé, Chef de l'administration des Programmes en Santé mentale CSSS de Trois-Rivières au numéro 819 - 697-3333 poste 57411 pour toute question ou commentaire.

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs.

Lise Bergeron  
Directrice



## AVIS POUR NOS PARTENAIRES ET RÉFÉRENTS DU GRAND TROIS-RIVIÈRES ET ST-ÉTIENNE-DES-GRÈS

Le 31 mars 2008

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que nous vous confirmons la mise en œuvre dès avril 2008 de la **TRAJECTOIRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES** pour la région de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès.

Conformément aux orientations nationales et régionales en santé mentale, le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières devient le guichet d'accès aux services en santé mentale pour les adultes désirant recevoir des services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne ou de 2<sup>e</sup> ligne. Cette démarche ne pourra s'actualiser sans la participation de nos partenaires impliqués de près ou de loin auprès de cette clientèle et qui œuvre pour leur bien être

Vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- ↗ Mécanismes d'accès en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale pour les adultes ;
- ↗ Formulaire : Référence et demande de services.
- ↗ Trajectoire de services en santé mentale à Trois-Rivières.

**N'hésitez pas à communiquer avec M. André Sauvé, Chef de l'administration des Programmes en Santé mentale CSSS de Trois-Rivières au numéro 819 - 697-3333 poste 57411 pour toute question ou commentaire.**

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs.

Lise Bergeron  
Directrice



## AVIS POUR LES MÉDECINS DU GRAND TROIS-RIVIÈRES ET ST-ÉTIENNE-DES-GRÈS

Le 31 mars 2008

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que nous vous confirmons la mise en œuvre dès avril 2008 de la **TRAJECTOIRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES** pour la région de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès.

Conformément aux orientations nationales et régionales en santé mentale, le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières devient le guichet d'accès aux services en santé mentale pour les adultes désirant recevoir des services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne ou de 2<sup>e</sup> ligne. Cette démarche ne pourra s'actualiser sans la participation de nos partenaires impliqués auprès de cette clientèle et qui œuvre pour leur bien être

Vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- ↪ Mécanismes d'accès en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale pour les adultes ;
- ↪ Formulaire : Référence et demande de services.
- ↪ Trajectoire de services en santé mentale à Trois-Rivières.

N'hésitez pas à communiquer avec M. André Sauvé, Chef de l'administration des Programmes en Santé mentale CSSS de Trois-Rivières au numéro 819 - 697-3333 poste 57411 pour toute question ou commentaire.

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs.

Lise Bergeron  
Directrice

## AVIS POUR NOS PARTENAIRES ET RÉFÉRENTS DU GRAND TROIS-RIVIÈRES ET ST-ÉTIENNE-DES-GRÈS

Le 31 mars 2008

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que nous vous confirmons la mise en œuvre dès avril 2008 de la **TRAJECTOIRE DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES** pour la région de Trois-Rivières et de Saint-Étienne-des-Grès.

Conformément aux orientations nationales et régionales en santé mentale, le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières devient le guichet d'accès aux services en santé mentale pour les adultes désirant recevoir des services de santé mentale 1<sup>re</sup> ligne ou de 2<sup>e</sup> ligne. Cette démarche ne pourra s'actualiser sans la participation de nos partenaires impliqués de près ou de loin auprès de cette clientèle et qui œuvre pour leur bien être

Vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- ↪ Mécanismes d'accès en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale pour les adultes ;
- ↪ Formulaire : Référence et demande de services.
- ↪ Trajectoire de services en santé mentale à Trois-Rivières.

**N'hésitez pas à communiquer avec M. André Sauvé, Chef de l'administration des Programmes en Santé mentale CSSS de Trois-Rivières au numéro 819 - 697-3333 poste 57411 pour toute question ou commentaire.**

Veuillez agréer nos sentiments les meilleurs.

Lise Bergeron  
Directrice

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

# Enquête



## **Sur les utilisateurs**

*De l'hébergement d'urgence à Trois-Rivières*

*Référés par :*

*Le Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières et  
Le Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières*

*Au cours de l'année 2006*

*Par : Michel Simard  
juin 2007*

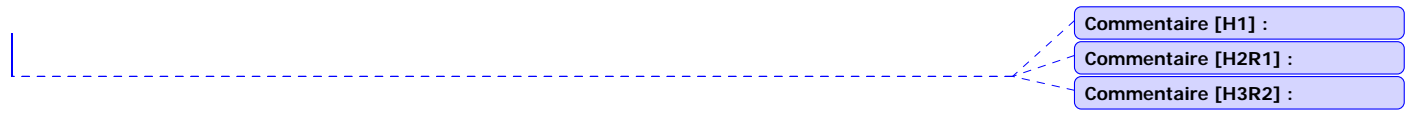
Centre **LE HAVRE**



## *SOMMAIRE*

Introduction.....	4
L'objectif.....	4
La méthode.....	4
Présentation et analyse des données .....	5
1-Les groupes d'utilisateurs.....	5
1,1-Les groupes cibles .....	5
1,2- Les groupes références .....	5
1,3- Les interfaces entre les groupes.....	6
1,4- Interprétation .....	7
2-Le profil des utilisateurs .....	7
L'âge .....	8
Le sexe .....	10
Lieux de naissance .....	10
La scolarité.....	11
Les problématiques .....	11
Profil des utilisateurs : principaux constats .....	14
3- Le Profil de l'usage.....	17
3,1- Les demandes .....	18
3,2- L'hébergement.....	21
3,3 –Les périodes d'exclusion.....	22
4- Les réorientations .....	23
Profil de l'usage : principaux constats .....	24
4- Le profil des trajectoires .....	27
4,1- Trajectoires de courtes durées : moins de deux ans.....	28
4,2- Trajectoires de moyennes durées : entre 2 et 4 ans .....	28
4,3- Trajectoires de longues durées : entre 5 et 9 ans .....	29
4,4- Trajectoires de très longues durées : 10 ans et plus.....	29
Profil des trajectoires : principaux constats .....	30
5- Synthèse des profils (utilisateurs, usages et trajectoires) des trois groupes cibles ...	32
5,1- Profil du groupe Urgence (42 utilisateurs) .....	32

5,2- Profil du groupe Psychiatrie (15 utilisateurs).....	33
5,3- Profil du groupe CSSTR (39 utilisateurs).....	33
6- Principaux constats et interprétations .....	34
6,1- Le poids relatif des différents groupes d'utilisateurs.....	34
6,2- Des individus différents avec des caractéristiques particulières .....	36
6,3- Une configuration problématique très différentes selon les groupes .....	37
6,4- Un profil d'usage différent d'un groupe à l'autre.....	39
6,5- Des trajectoires parfois surprenantes .....	41
Conclusion .....	44
Les cinq principaux constats .....	44
Remarques autour de la récurrence.....	45
Exploration des limites de notre enquête .....	46



# Introduction

## ***L'objectif***

Cette enquête 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. Ces utilisateurs sont décrits comme ayant des problèmes de santé mentale, auxquels sont associées d'autres problématiques, notamment des problèmes de dépendance, mais aussi des problèmes financiers, des problèmes de logement, etc. Bref, des utilisateurs qui cumulent des problèmes et pour lesquels les intervenants se sentent souvent impuissant devant la complexité d'une situation qui apparaît sans issue. Or la description que l'on fait de ces utilisateurs, de leurs caractéristiques, de l'usage qu'ils font des services d'urgence et de leur trajectoire à travers ces services n'a jamais été documentée. Combien sont-ils ? Qu'est-ce qui les caractérise ? C'est à cette lacune que veut répondre cette enquête, au moins partiellement. En effet, nous devons être conscients des limites de cette enquête. Elles sont au moins de deux ordres. La première est relative à la population étudiée : les utilisateurs référés en hébergement d'urgence au Centre Le Havre par le CHRTR et le CSSSTR au cours de l'année 2006. Nous n'avons pas d'information sur les utilisateurs qui correspondent aux critères de notre enquête, mais qui n'ont pas été référés au Centre Le Havre. Nous ne savons rien d'eux : leur nombre, l'usage qu'ils font des services, leurs trajectoires et leurs caractéristiques. Nous ne savons rien non plus de l'usage et des trajectoires de la population étudiée à l'intérieur des services référents. La seconde limite de cette enquête est liée à la méthode utilisée : la compilation et l'analyse de données quantitatives. Nous pouvons tracer ainsi des profils différenciés d'un groupe à l'autre basés sur des éléments mesurables et facilement contrôlables, mais plusieurs éléments mesurables demeurent hors de notre contrôle et, plus important, les éléments non mesurables sont d'emblée exclus. Or ce sont ces éléments de contenu non mesurable qui permettent de comprendre le comportement réel des individus : Pourquoi agissent-ils ainsi ? Qu'est-ce qui les motive ? Comment comprennent-ils les événements dans leur vie ? etc ... Ces limites étant reconnues, la croyance est que la population étudiée nous permet de tracer des profils qui correspondent, pour l'essentiel, à la population visée et que l'interprétation que permet ces profils, nous met déjà sur la piste de réponses à des questions plus larges portant sur les pratiques, les services et les modèles qui les inspirent.

## ***La méthode***

Pour réaliser notre enquête nous utiliserons les données enregistrées sur la base de données du Centre Le Havre.

Notre enquête portera sur les utilisateurs référés au Centre Le Havre au cours de l'année 2006 par l'urgence et l'unité de psychiatrie du CHRTR, ainsi que par le CSSSTR. Ce sont nos trois groupes d'utilisateurs cibles. Afin de mieux faire apparaître les caractéristiques propres à chacun de ces groupes cibles, nous utiliserons aussi deux groupes témoins nommés *groupes références* à la section suivante (1,2): les utilisateurs «récurrent», tous ceux qui ont utilisé l'hébergement d'urgence au moins 14 fois, et les

utilisateurs «normal», 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.

## **Présentation et analyse des données**

### **1- Les groupes d'utilisateurs**

Les utilisateurs sont regroupés en cinq groupes distincts : Urgence, Psychiatrie, CSSSTR, Récurrent, Normal. Ces cinq groupes sont eux-mêmes regroupés en deux ensembles : les groupes cibles (Urgence, Psychiatrie, CSSSTR) et les groupes références ou témoins (Récurrent et Normal).

#### **1,1- Les groupes cibles**

Les groupes 1,2 et 3 sont les groupes cibles de notre étude.

Le groupe 1 est formé de tous les utilisateurs qui ont été référés au Centre Le Havre au cours de l'année 2006 par l'urgence du Centre Hospitalier de Trois-Rivières. Ce groupe compte 42 individus différents. Ce groupe est nommé « Urgence ».

Le groupe 2 est formé de tous les utilisateurs référés par l'unité de psychiatrie du CHRTR au cours de l'année 2006. Ce groupe est appelé « Psychiatrie ». Il comprend 15 individus différents.

Le groupe 3 est formé de tous les utilisateurs référés par le Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières au cours de l'année 2006. Ce groupe est appelé CSSSTR et il compte 39 individus différents.

Ce sont nos trois groupes cibles. C'est-à-dire, ceux que l'on veut connaître plus particulièrement.

Une remarque sur ces trois groupes : Les individus qui ont été référés au cours de l'année, mais qui n'ont pas été identifiés ont été systématiquement retranchés du groupe. Ces individus sont enregistrés sous l'identifiant commun « inconnu ». Le nombre d'individus réellement référés est donc légèrement supérieur (1 ou 2) au nombre du groupe. Cette remarque est valable aussi pour le groupe témoin 5, « Normal ». Dans ce cas par contre le nombre d'individus est un peu plus élevé. Pour ce qui est du groupe 4, « Récurrent », la règle ne s'applique pas, ils sont tous connus.

#### **1,2- Les groupes références**

Les groupes 4 et 5 sont les groupes références à partir desquels nous allons situer nos groupes cibles. Nous pourrions ainsi faire mieux apparaître les caractéristiques propres à chaque groupe.

Le groupe 4 est appelé « Récurrent ». Il compte 30 utilisateurs. Une précision s'impose ici. Le mot « Récurrent » ne doit pas être compris dans le sens d'incurable, c'est-à-dire

d'individus qui ne pourraient pas s'en sortir. Il désigne plutôt une situation fâcheuse qui dure ou se répète depuis longtemps. Dans le contexte de cette recherche cette situation fâcheuse est une situation de rupture sociale, c'est-à-dire une impasse à la fois matérielle, relationnelle et symbolique où l'individu est exposé aux risques de la survie. Plus précisément encore, « Récurrent » désigne les individus qui ont fait quatorze demandes et plus d'hébergement d'urgence au Havre. Pourquoi 14 et non pas 13 ou 15 ? Tout simplement parce qu'à partir de 14 le nombre d'individus chute, marquant ainsi un changement important. Mais d'emblée, nous convenons que ce changement ne suffit pas entièrement à justifier notre découpage ; il faut donc prendre ce groupe comme un échantillon aux frontières incertaines mais riche de sens, même si ce sens n'est pas donné sans un travail d'interprétation parsemé d'embûches. Quoi qu'il en soit, ce groupe représente une référence limite à l'aide de laquelle nous pouvons situer et éclairer nos groupes cibles.

Le groupe 5 est appelé « Normal ». Il compte 471 individus différents. Ce sont tous les individus qui ont fait une demande d'hébergement au Centre Le Havre au cours de l'année 2006, mais qui ne font partie d'aucun des autres groupes. C'est notre deuxième groupe référence. Il représente quelque chose comme la norme ; c'est-à-dire le groupe qui représente le plus la « moyenne » ou la « normalité » des individus hébergés au Centre Le Havre.

Voilà, en résumé nous avons trois groupes cibles (le groupe 1 « Urgence » comprend 42 individus ; le groupe 2 « Psychiatrie » compte 15 individus et le groupe 3 « CSSSTR » comprend 39 individus) et deux groupes références (le groupe 4 « Récurrent » compte 30 individus et le groupe 5 « Normal » comprend 471 individus. Ces groupes d'utilisateurs sont formés à partir de la base de données du Centre Le Havre. Cette base de données compte près de 4000 utilisateurs différents.

### 1,3- Les interfaces entre les groupes

	Récurrent	Urgence	Psychiatrie	CSSSTR
Récurrent	30	7	2	3
Urgence	7	42	3	0
Psychiatrie	2	3	15	0
CSSSTR	3	0	0	39

Avant de débiter notre étude il nous faut clarifier une dernière question : ces groupes sont-ils mutuellement exclusif ? La réponse est non, pas entièrement. Voyons cela d'un peu plus près. Seul le groupe de référence 5 « Normal » est entièrement exclusif ; aucun des 471 individus se trouvent aussi dans un autre groupe. Les 4 autres groupes ne sont pas mutuellement exclusifs ; il y a des utilisateurs qui peuvent appartenir à plus d'un groupe. Cette appartenance à plus d'un groupe, comme on le verra, n'est pas une lacune « mais une information déjà révélatrice des caractéristiques des groupes d'utilisateurs. Mais voyons d'abord la composition de ces interfaces communes entre les quatre groupes.

Commençons par le groupe 1 « Urgence » : 42 individus. Ce groupe compte 7 utilisateurs sur 42 qui font aussi partis du groupe de référence 4 « Récurrent ». Il comprend aussi 3 individus qui appartiennent au groupe 3 « Psychiatrie ». Il n'a aucun utilisateur commun

avec le groupe 3 «CSSSTR ». Sur 42 utilisateurs 10 se trouvent donc aussi dans un autre groupe : 7 dans le groupe « Récurrent » et 3 dans le groupe « Psychiatrie ».

Le groupe 2 « Psychiatrie » : 15 individus. De ces quinze utilisateurs 2 se trouvent dans le groupe « Récurrent » et 3 dans le groupe « Urgence », aucun dans le groupe «CSSSTR».

Le groupe 3 «CSSSTR» : 39 individus. Trois utilisateurs du groupe « Récurrent » font aussi partie de ce groupe, alors qu'aucun utilisateur des groupes « Urgence » et « Psychiatrie » n'en fait partie.

## **1,4- Interprétation**

Ces données suggèrent les conclusions suivantes :

- Les trois groupes cibles « Urgence », « Psychiatrie » et «CSSSTR» sont composés d'utilisateurs différents. Il aurait pu arriver que les individus référés par l'urgence soient pour une bonne part les mêmes que ceux référés par la psychiatrie ou le CSSSTR. Mais ce n'est pas le cas. Pour l'essentiel ce sont des groupes d'utilisateurs différents. Il n'y a même aucun individu référé par le CSSSTR qui ait aussi transité soit par l'urgence soit par la psychiatrie, Nous allons donc retenir l'hypothèse qu'à l'intérieur d'un groupe, les utilisateurs ont des caractéristiques communes qui les différencient des autres groupes et qui caractérisent leur groupe. Ainsi les utilisateurs référés par l'urgence auraient des caractéristiques propres qui les distingueraient des autres utilisateurs appartenant aux autres groupes. C'est ce que nous essaierons de vérifier au cours de cette étude.
- Le nombre relativement élevé d'utilisateurs récurrents suggère que les individus référés par l'urgence sont plus déracinés que ceux référés par la psychiatrie et le CSSSTR.

Nous allons maintenant commencer l'étude du profil des utilisateurs de chacun des groupes.

## **2- Le profil des utilisateurs**

Le profil des utilisateurs est un ensemble de valeurs statistiques qui permet de comparer les groupes sur la base de caractéristiques propres aux utilisateurs. On peut ainsi faire ressortir des différences significatives entre les groupes, lorsqu'elles existent entre les utilisateurs.

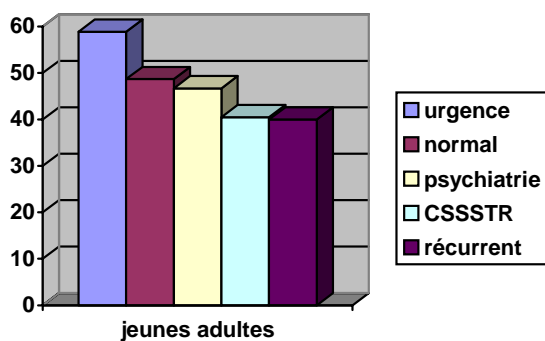
Nous avons retenu cinq paramètres : l'âge, le sexe, le lieu de naissance, la scolarité et les problématiques reliées à la santé et à la justice. Chacun de ces cinq paramètres possède des propriétés auxquelles sont associées des valeurs statistiques qualifiant la « position » des utilisateurs relativement à cette propriété.

Nous verrons chacun de ces cinq paramètres avant de procéder à une interprétation globale du profil des utilisateurs de chacun des groupes.

## L'âge

		4		1		2		3		5	
		Récurrent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Individus		30		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Âge	Vingtaine	3	10,0%	13	33,3%	1	6,7%	10	27,0%	128	29,7%
	Trentaine	9	30,0%	10	25,6%	6	40,0%	5	13,5%	82	19,0%
	Quarantaine	11	36,7%	7	17,9%	6	40,0%	6	16,2%	97	22,5%
	Cinquantaine	5	16,7%	5	12,8%	1	6,7%	10	27,0%	67	15,5%
	Soixantaine	2	6,7%	2	5,1%	1	6,7%	3	8,1%	21	4,9%
	Soixante-dix et plus	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	2	5,4%	5	1,2%
	inconnu	0	0,0%	3		0	0,0%	2	5,1%	40	9,3%
	Moyenne	43		37		41,6		43,4		39	

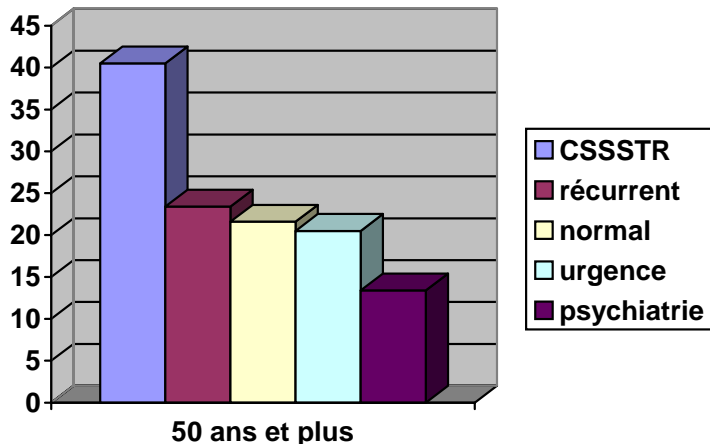
Si on compare les différents groupes d'utilisateurs du point de vue de l'âge certains constats s'imposent.



Le premier c'est que le groupe d'utilisateurs référés par l'urgence est le groupe qui compte la proportion la plus élevée de jeunes adultes. Si on le compare au groupe témoin «Normal» qui représente la norme on constate que la proportion des jeunes adultes se situe autour de 60 % pour le groupe « Urgence », alors qu'elle est autour de 50% pour le groupe «Normal». Si nous faisons la

même comparaison avec les autres groupes l'écart se creuse davantage. Pour tous les autres groupes la proportion des jeunes adultes se situe plutôt autour de 40 %. C'est ce que l'on peut observer sur le graphique ci-contre. Cette forte proportion de jeunes adultes explique que la moyenne d'âge du groupe « Urgence » soit légèrement plus basse que celle de tous les autres groupes.

Le second constat c'est la forte concentration des utilisateurs référés par la psychiatrie dans la fourchette d'âge comprise entre la trentaine et la quarantaine : 80 % des individus. Ce groupe s'éloigne ainsi beaucoup du groupe de référence «Normal» où seulement 38% des utilisateurs se concentrent dans cette fourchette d'âge. Le groupe d'utilisateurs le plus proche, c'est le groupe «Récurent» qui regroupe 66,7% des individus dans cette même fourchette d'âge.



Toutefois, c'est le groupe d'utilisateurs référés par le CSSSTR qui a la moyenne d'âge la plus élevée avec 43,4. Ce n'est pas surprenant; c'est dans ce groupe que l'on trouve la plus forte concentration d'utilisateurs de cinquante (50) ans et plus : 40,5%. Si on compare au groupe de référence «Normal» la différence est criante. Seulement 21,6% des utilisateurs ont cinquante (50) ans et plus.

En fait, aucun groupe ne s'approche vraiment de ce nombre. Le groupe le plus proche à cet égard c'est le groupe « Récurent ». Mais on y trouve que 23,4% des utilisateurs qui ont cinquante (50) ans et plus. C'est ce qu'on peut voir sur le graphique ci- haut.

Bref, trois constats s'imposent :

1. Les utilisateurs référés par l'urgence sont plus jeunes que ceux des autres groupes. Et c'est dans ce groupe que la proportion des jeunes adultes est la plus élevée.
2. La très grande majorité des individus référés par la psychiatrie sont dans la trentaine et la quarantaine.
3. Les utilisateurs référés par le CSSSTR sont en moyenne plus âgés que ceux des autres groupes. Le nombre d'individus référés de cinquante (50) ans et plus est beaucoup plus élevé dans ce groupe que dans tous les autres.

## Le sexe

	Groupes	4		1		2		3		5	
	Individus	Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Sexe	Hommes	29	96,7%	35	83,3%	14	93,3%	29	74,4%	402	85,4%
	Femmes	1	3,3%	7	16,7%	1	6,7%	10	25,6%	69	14,6%

Trois constats se dégagent de ce tableau :

1. La proportion des femmes est beaucoup plus élevée chez les utilisateurs du groupe CSSSTR ;
2. Les utilisateurs du groupe Psychiatrie sont presque exclusivement des hommes. À cet égard, c'est le groupe qui se rapproche le plus des utilisateurs du groupe «Récurent». Mais le fait que les femmes ne sont admises au Centre Le Havre que depuis 2000 explique en partie leur quasi absence de ce groupe.
3. Tant qu'au groupe « Urgence » la proportion d'hommes et de femmes est proche de celle que l'on trouve dans le groupe témoin « Normal ». Quoique la proportion de femmes dans ce groupe soit légèrement supérieure au groupe témoin «Normal».

Commentaire [UQTR20054] : Il serait pertinent d'expliquer car les données portent sur 2006.

## Lieux de naissance

	Groupes	4		1		2		3		5	
	Individus	Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Lieux de naissance	Mauricie	8	27,6%	12	33,3%	7	50,0%	8	23,5%	86	25,4%
	Centre Qc	2	6,9%	3	8,3%	1	7,1%	0	0,0%	16	4,7%
	Montréal	11	37,9%	5	13,9%	4	28,6%	6	17,6%	91	26,8%
	Québec	1	3,4%	3	8,3%	1	7,1%	1	2,9%	19	5,6%
	Ailleurs au Qc	5	17,2%	10	27,8%	1	7,1%	15	44,1%	132	38,9%
	Autres provinces	2	6,9%	2	5,6%	0	0,0%	1	2,9%	13	3,8%
	Autres pays	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	3	8,8%	24	7,1%
	Inconnu	1	3,3%	6	14,3%	1	6,7%	5	12,8%	90	19,1%

La seule différence vraiment significative relativement au lieu de naissance se situe dans le groupe d'utilisateurs référés par la psychiatrie. Cinquante pourcent d'entre eux sont originaires de la Mauricie, alors que pour les autres groupes la proportion se situe entre 23 et 33%.

## La scolarité

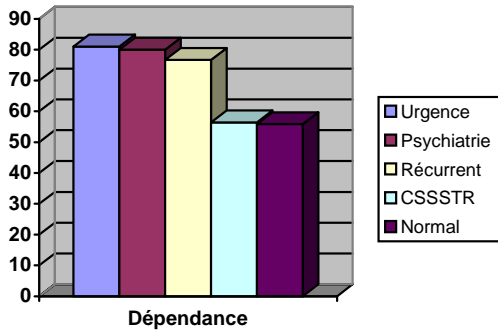
	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Individus		30		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Scolarité	Analphabète	4	13,3%	1	2,4%	0	0,0%	3	7,7%	10	2,6%
	Primaire	5	16,7%	3	7,1%	0	0,0%	7	17,9%	28	7,4%
	Secondaire incomplet	16	53,3%	21	50,0%	11	73,3%	13	33,3%	213	56,3%
	Secondaire	5	16,7%	9	21,4%	0	0,0%	9	23,1%	102	27,0%
	Collégiale	1	3,3%	2	4,8%	1	6,7%	3	7,7%	27	7,1%
	Universitaire	3	10,0%	1	2,4%	1	6,7%	1	2,6%	25	6,6%
	Inconnu	0	0,0%	5	11,9%	2	13,3%	4	10,3%	93	19,7%

Au niveau de la scolarité un constat s'impose : la concentration d'individus analphabètes ou ayant une scolarité primaire est trois fois plus élevée dans les groupes «CSSSTR» et «Récurent» que dans les autres groupes. Par ailleurs, la concentration d'individus de niveau collégial et universitaire ne varie pas tellement d'un groupe à l'autre.

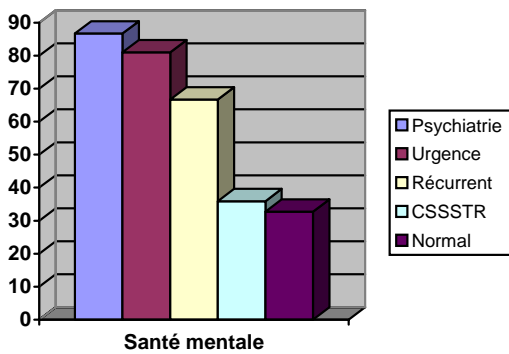
## Les problématiques

	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Individus		30		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Problématiques	Dépendances	23	76,7%	34	81,0%	12	80,0%	22	56,4%	263	55,8%
	Santé Mentale	20	66,7%	30	71,4%	13	86,7%	14	35,9%	154	32,7%
	Dép. et Sm.	19	63,3%	26	61,9%	11	73,3%	8	20,5%	107	22,7%
	Dép., Sm. et Pénale	12	40,0%	15	35,7%	2	13,3%	5	12,8%	62	13,2%
	Pénale	14	46,7%	20	47,6%	3	20,0%	10	25,6%	151	32,1%
	Suicide	11	36,7%	9	21,4%	2	13,3%	4	10,3%	52	11,0%
	Violence	7	23,3%	7	16,7%	0	0,0%	7	17,9%	59	12,5%
	Santé physique	6	20,0%	17	40,5%	5	33,3%	14	35,9%	119	25,3%

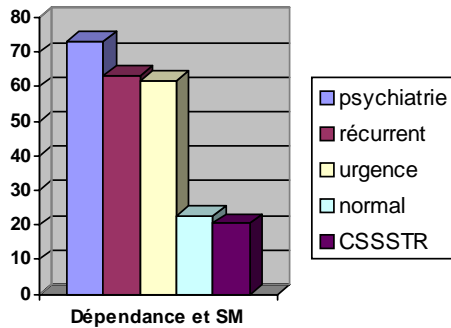
C'est au niveau des problématiques que les différences les plus significatives entre les groupes apparaissent. On observe deux clivages importants entre les groupes à cet égard.



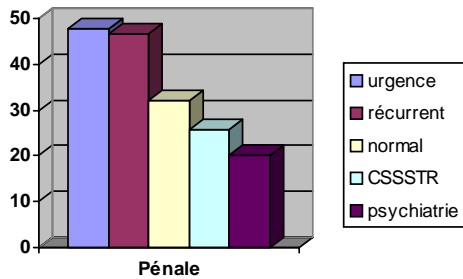
Le premier se situe au niveau des problématiques de dépendance et de santé mentale. On trouve d'un côté les groupes «Récurrent», «Urgence» et «Psychiatrie», et de l'autre, les groupes «CSSSTR» et «Normal». Voici comment cela se présente au niveau de la dépendance : toxicomanie et jeux. Quatre-vingts pourcent des utilisateurs des groupes «Récurrent», «Urgence» et «Psychiatrie» ont des problèmes de dépendance, alors que la proportion n'est que de 55% dans les deux autres groupes : «CSSSTR» et «Normal».



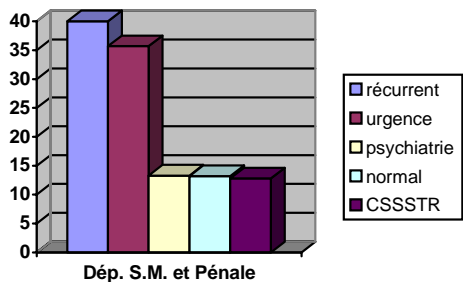
Au niveau de la santé mentale la situation est semblable. Alors que 35% des utilisateurs des groupes «CSSSTR» et «Normal» ont des problèmes de santé mentale, le nombre augmente fortement dans les trois autres groupes, pour se situer entre 67 et 87%.



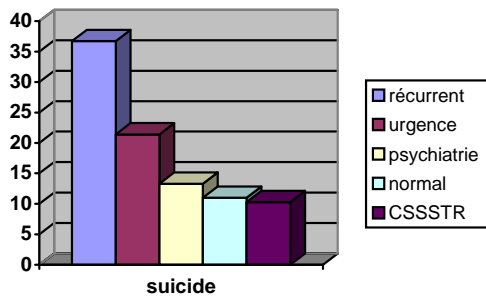
Si on compare maintenant les groupes sur la base des utilisateurs qui ont à la fois des problèmes de dépendance et de santé mentale l'écart se creuse encore d'avantage.



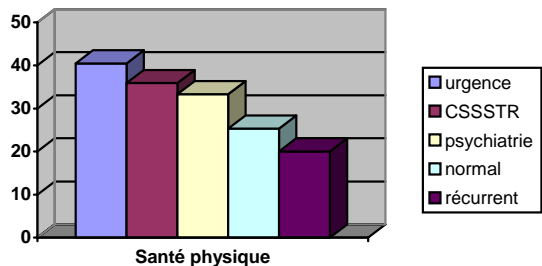
Toutefois lorsqu'on introduit la problématique pénale les choses changent. Le clivage se déplace. Les utilisateurs référés par l'urgence se distinguent nettement de ceux référés par la psychiatrie et le CSSSTR. Près de la moitié des individus référés par l'urgence ont une problématique pénale. Seuls les utilisateurs récurrents ont un niveau aussi élevé de problèmes reliés au système pénal.



Si maintenant on isole les utilisateurs qui ont à la fois des problèmes de dépendance, de santé mentale et pénaux, le clivage est encore plus net entre les utilisateurs récurrents, ceux de l'urgence et les autres. Alors que les premiers groupes ont une concentration autour de 40% d'utilisateurs qui ont les trois problématiques, cette concentration chute autour de 12% chez les autres groupes.



Comparons maintenant les groupes en fonction des utilisateurs qui sont suicidaires. Le clivage est encore plus marqué. Mais cette fois le groupe d'utilisateurs récurrents se démarque clairement des autres. Près de la moitié des individus appartenant à ce groupe ont une problématique suicidaire. Alors que le taux se situe autour de 10 % dans les autres groupes, à l'exception des utilisateurs référés par l'urgence qui se situent entre les deux, avec un taux autour de 20%.



Pour ce qui est de la violence, le clivage disparaît. À l'exception du groupe Psychiatrie où les problématiques de violence sont absentes, tous les autres groupes ont un nombre d'utilisateurs qui ont un problème relié à la violence qui varie entre 12 et 23%. Les utilisateurs référés par l'urgence et le CSSSTR se situent entre les utilisateurs du

groupe «Récurent», 23 %, et les utilisateurs du groupe « Normal» avec 12%.

Les utilisateurs des trois groupes cibles ont un niveau de problèmes de santé physique clairement supérieur aux utilisateurs des deux groupes de référence : «Récurent» et «Normal». Ce sont les utilisateurs référés par l'urgence qui présentent le taux de problèmes de santé physique le plus élevé : 40 % des individus référés par l'urgence ont un problème de santé physique, alors que ce taux n'est que de 20 % chez les utilisateurs récurrents.

## **Profil des utilisateurs : principaux constats**

### *Le groupe d'utilisateurs référés par l'urgence (42)*

- Les utilisateurs référés par l'urgence sont légèrement plus jeunes que ceux des autres groupes. Et c'est dans ce groupe que la proportion des jeunes adultes est la plus élevée. Ils représentent près de 60% du groupe, alors que la proportion varie entre 40 et 50% dans les autres groupes.
- La proportion des femmes dans ce groupe est légèrement supérieure à celle observée parmi l'ensemble des utilisateurs représentés dans le groupe « Normal ». Mais cette différence est peu significative. La proportion se situe entre 14 et 16%.
- 33% des utilisateurs de ce groupe sont originaires de la Mauricie. Ce qui correspond à la norme pour l'ensemble des utilisateurs.
- Au niveau de la scolarité les utilisateurs de ce groupe suivent les mêmes tendances que l'ensemble des utilisateurs.
- Au niveau des problèmes les utilisateurs référés par l'urgence s'éloignent d'une manière très significative de l'ensemble des utilisateurs représentés dans le groupe «Normal». Ils apparaissent avec des problèmes beaucoup plus graves et complexes. À cet égard ils se rapprochent de très près du groupe d'utilisateurs récurrents. La proportion d'individus avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale y est près de deux fois plus élevée que chez l'ensemble des utilisateurs. Elle se situe entre 40 et 60% dans l'ensemble des utilisateurs, alors qu'elle se situe entre 75 et 80 % dans le groupe de l'urgence. Toutefois, si on isole les individus qui ont à la fois un problème de dépendance et de santé mentale, alors les utilisateurs de l'urgence sont trois fois plus nombreux proportionnellement. C'est la même chose si on isole les individus qui cumulent les problèmes de dépendance, de santé mentale et pénale. De même au niveau du suicide et des problèmes de santé physique ils ont beaucoup plus de problèmes que l'ensemble des utilisateurs.

### *Caractéristiques principales*

- Ils sont légèrement plus jeunes que les autres utilisateurs ;
- Ils ont un niveau de problématiques beaucoup plus graves et complexes que l'ensemble des utilisateurs; leur profil ressemble beaucoup plus à celui des utilisateurs récurrents qu'à celui des utilisateurs du groupe Normal.

### *Le groupe d'utilisateurs référés par la psychiatrie (15) :*

- Les individus référés par la psychiatrie sont en très grande majorité (80%) dans la trentaine ou la quarantaine. C'est deux fois plus que le groupe Normal.
- Les individus référés par la psychiatrie sont plus nombreux que les autres utilisateurs à être originaires de la Mauricie. Ils représentent la moitié du groupe. Dans le groupe «Normal», ils ne sont que 25%. Il faut noter que 33% du groupe «Urgence» est originaire de la Mauricie. On peut donc conclure que les utilisateurs du CHRTR sont significativement plus nombreux à être originaires de la Mauricie que tous les autres groupes d'utilisateurs. Fait intéressant à noter : ce sont les utilisateurs récurrents qui se rapprochent le plus d'eux.
- Beaucoup plus que dans les autres groupes, la grande majorité des utilisateurs a une scolarité de niveau secondaire, mais non complétée (73%), alors que dans les autres groupes cette proportion se situe plutôt autour de 50%. À l'exception du CSSSTR où elle se situe seulement autour de 30%.
- Au niveau des problèmes de dépendance et de santé mentale les utilisateurs du groupe Psychiatrie se démarquent nettement des utilisateurs des groupes «Normal» et CSSSTR. Cela est encore plus marqué si l'on ne considère que les individus ayant à la fois un problème de santé mentale et de dépendance. Ils représentent 73% des utilisateurs référés par la psychiatrie, alors qu'ils ne sont que 23% dans le groupe «Normal».

Toutefois, si on introduit la problématique pénale, alors les utilisateurs de la psychiatrie se classe en dessous de tous les autres groupes.

### *Caractéristiques principales*

- Plus que tous les autres groupes, ils sont originaires de la Mauricie : deux fois plus.
- C'est eux qui ont la plus grande proportion d'individus ayant à la fois des problèmes de dépendance et de santé mentale (73%).

**Le groupe d'utilisateurs référés par le CSSSTR (39):**

- Les utilisateurs référés par le CSSSTR sont plus âgés que les autres. 40% d'entre eux ont 50 ans et plus, alors que seulement 20 % du groupe «Normal» ont 50 ans et plus.
- Les femmes sont beaucoup plus nombreuses dans ce groupe que dans n'importe quel autre groupe de notre enquête. Elles représentent 25 % des utilisateurs, alors qu'elles ne sont que 15% dans le groupe «Normal». Au niveau de l'urgence les femmes représentent 16% des utilisateurs. Pour les autres groupes l'écart se creuse radicalement. Les femmes n'y sont que très peu présentes.
- C'est dans ce groupe que l'on trouve les utilisateurs avec le plus faible taux de scolarisation. Près de 25% des utilisateurs de ce groupe sont analphabètes ou on un niveau de scolarité primaire. Dans le groupe «Normal»le taux se situe autour de 10%. À cet égard les utilisateurs référés par le CSSSTR se rapprochent des utilisateurs récurrents qui ont un faible taux de scolarisation.
- Au niveau des problématiques les utilisateurs référés par le CSSSTR ont le même profil que les utilisateurs du groupe «Normal» à l'exception de la santé physique qui est significativement plus élevé que dans le groupe «Normal».

**Caractéristiques principales**

- Les utilisateurs sont plus âgés que dans les autres groupes.
- Les femmes sont beaucoup plus nombreuses.
- Ils sont plus faiblement scolarisés.
- Les ont le même niveau de problèmes que les utilisateurs du groupe «Normal», à l'exception des problèmes de santé physique.

**Tableau synthèse**

<b>Groupes</b>	<b>Caractéristiques</b>
<b>Urgence</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ils sont légèrement plus jeunes que les autres utilisateurs ;</li><li>• Ils ont un niveau de problématiques beaucoup plus graves et complexes que l'ensemble des utilisateurs ; leur profil ressemble beaucoup plus à celui des utilisateurs récurrents qu'à celui de l'ensemble des utilisateurs.</li></ul>

<b>Psychiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus que tous les autres groupes, ils sont originaires de la Mauricie : deux fois plus.</li> <li>• C'est eux qui ont la plus grande proportion d'individus ayant à la fois des problèmes de dépendance et de santé mentale (73%).</li> </ul>
<b>CSSSTR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les utilisateurs sont plus âgés que dans les autres groupes.</li> <li>• Les femmes sont beaucoup plus nombreuses.</li> <li>• Ils sont plus faiblement scolarisés.</li> <li>• Les utilisateurs ont le même niveau de problèmes que les utilisateurs du groupe «Normal», à l'exception des problèmes de santé physique qui sont plus importants.</li> </ul>

### **Caractéristiques communes aux utilisateurs de plusieurs groupes**

#### *La santé physique*

Les utilisateurs référés par l'urgence, la psychiatrie et le CSSSTR ont jusqu'à deux fois plus de problèmes de santé physique que les autres utilisateurs (40/20%).

#### *Le suicide*

La proportion d'utilisateurs suicidaires est beaucoup plus élevée dans les groupes «Récurrent» et «Urgence» que dans les autres groupes, jusqu'à quatre fois plus dans le groupe «Récurrent» où près de 40% des utilisateurs présentent une problématique suicidaire.

#### *Les triple- problématiques : dépendance, santé mentale et pénale*

Ici aussi les groupes «Récurrent» et «Urgence» se séparent clairement des autres groupes. La proportion d'utilisateurs dans ces deux groupes est presque quatre fois plus élevée que la proportion dans les autres groupes (40/10%).

### **3- Le Profil de l'usage**

Nous avons vu que les utilisateurs d'un même groupe ont des caractéristiques individuelles communes qui permettent de distinguer des profils d'utilisateurs différents d'un groupe à l'autre. Par exemple, les utilisateurs de l'urgence sont plus jeunes et ont

des problèmes plus nombreux, plus graves et plus complexes que ceux des autres groupes cibles. Alors que les utilisateurs du CSSSTR ont des problèmes qui semblent moins «lourds», mais ils sont plus âgés et comptent beaucoup plus de femmes. Nous verrons maintenant comment les utilisateurs de chacun de nos trois groupes cibles se distinguent au niveau de l'usage qu'ils font de l'hébergement d'urgence. Nous identifierons l'usage essentiellement autour de quatre paramètres :

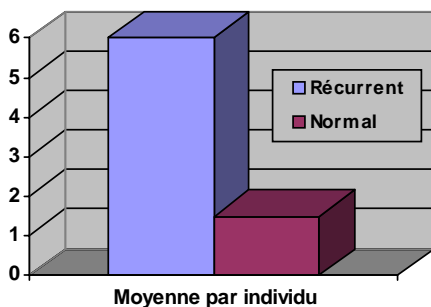
- le nombre de demandes qu'ont fait les individus au cours de l'année 2006 et depuis 1989, date d'ouverture du service d'hébergement d'urgence ;
- le nombre d'hébergement au cours des mêmes périodes ;
- les périodes d'exclusion qui leur a été imposées au cours de l'année 2006, ainsi que les motifs ;
- les refus/réorientations ainsi que leurs motifs, au cours de l'année 2006.

### 3.1- Les demandes

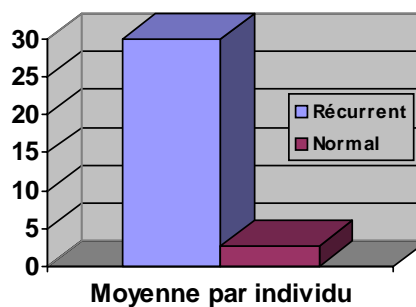
*La moyenne*

	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurrent	Urgence	Psychiatrie	CSSSTR	Normal					
Individus		30/21		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Demandes	Demandes Totales	907		304		118		169		1271	
	Mo par individu	30,2		7,2		7,9		4,3		2,7	
	Demandes 06	128		131		55		98		697	
	Mo par individu	6		3,1		3,7		2,5		1,5	

Demandes en 2006



Demandes entre 1989 et 2006

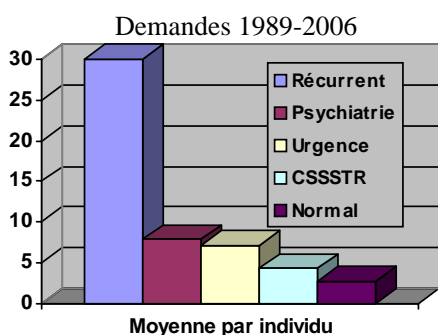


Au niveau des demandes nos deux groupes de références présentent des profils très différents. Les utilisateurs du groupe «Récurrent» ont fait beaucoup plus de demandes par individu que ceux du groupe «Normal». Sur une longue période, ils en ont fait onze fois plus que les autres. Si on considère uniquement l'année 2006, ils en ont fait cinq fois plus

que ceux du groupe « Normal ». Ces résultats ne sont pas surprenant dans la mesure où le groupe « Récurrent » a été formé sur la base du nombre élevé (14) de demandes. Mais ils font apparaître les différences importantes qui existent entre les utilisateurs de nos deux groupes de référence.

Situons maintenant nos trois groupes cibles avec nos deux groupes de références. Les trois groupes se démarquent du groupe « Normal » autant sur le long que sur le court terme : le niveau de demandes des utilisateurs de nos trois groupes cibles est entre deux à trois fois plus élevé que celui des utilisateurs du groupe Normal. Toutefois, il est deux à trois fois inférieur au groupe « Récurrent ». Bref, les trois groupes cibles se situent entre les deux ; Ils ont un niveau de demande plus élevé que le groupe « Normal », mais nettement moindre que le groupe « Récurrent ».

Si on compare les trois groupes cibles ensemble, alors on voit apparaître une différence significative entre les utilisateurs des groupes « Urgence » et « Psychiatrie » d'un côté et ceux du groupe « CSSSTR » de l'autre. Si on se place dans la longue durée, les utilisateurs du CHRTR ont un niveau de demandes près de deux fois plus élevées que ceux du CSSSTR. Sur la courte durée (2006) l'écart est moindre, mais il demeure significatif.



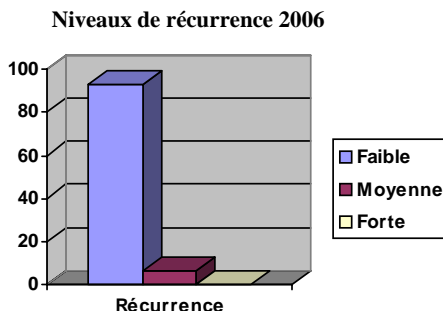
Il est intéressant de noter que les utilisateurs du groupe « Psychiatrie » ont un niveau de demande légèrement plus élevé que les utilisateurs du groupe « Urgence ». Toutefois cette différence est trop faible pour être significative.

### La récurrence

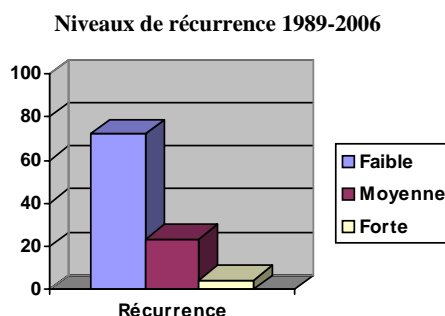
	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurrent	Urgence	Psychiatrie	CSSSTR	Normal					
Individus		30/21		42		15		39		492	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Nombre de demandes par individu 2006	1 demande	0		18	42,9%	6	40,0%	19	48,7%	334	66,6
	1, 2, 3	0		31	73,8%	9	60,0%	33	84,6%	459	93,3%
	Entre 4 et 13	0		10	23,8%	6	40,0%	5	12,8%	32	6,5%
	14 et plus	21	100,0%	1	2,4%	0	0,0%	1	2,6%	1	0,2%
	Nbre plus élevé	17		17		10		17		17	
Nombre de demandes par individu	1 demande	0		13	31,0%	3	20,0%	15	38,5%	211	42,8%
	1, 2, 3	0		21	50,0%	4	26,7%	27	69,2%	356	72,3%
	Entre 4 et 13	0		14	33,3%	8	53,3%	9	23,1%	115	23,3%
	14 et plus	30	100,0%	7	16,7%	3	20,0%	3	7,7%	21	4,2%
	Nbre plus élevé	51		40		23		34		51	

Afin d'évaluer le niveau de récurrence de nos trois groupes cibles, nous avons intégré les 21 utilisateurs du groupe «Récurent» de l'année 2006 au groupe «Normal». Nous avons ainsi une base de comparaison par rapport à laquelle nous pouvons situer nos groupes cibles et faire apparaître leurs caractéristiques propre au niveau de la récurrence,

Commençons par situer le niveau de récurrence du groupe «Normal». Pour cela, regroupons la fréquence des demandes en trois catégories, correspondant à trois niveaux de récurrence : faible, moyenne et forte. Une faible récurrence correspondant à 1, 2 ou 3 demandes effectuées au cours de la période. Une récurrence moyenne correspondant à 4 demandes jusqu' à 13 au cours de la période. Et une forte récurrence correspondant à 14 demandes et plus. Regardons maintenant comment se répartissent les utilisateurs du groupe «Normal» sur ces trois niveaux de récurrence.



Commençons par le court terme, c'est-à-dire au cours de l'année 2006. Nous constatons que 93% des utilisateurs du groupe «Normal» se sont maintenus à un niveau faible de récurrence. Alors que seulement 6,5% des utilisateurs se sont situés à un niveau moyen de récurrence. Et 0,2% seulement ont conservé un niveau de forte récurrence.



Si on regarde maintenant le tout sur une longue période (17ans), les tendances de fond se précisent : 72% des utilisateurs ont un faible niveau de récurrence, 23% ont un niveau moyen et 4% ont un niveau de forte récurrence.

Si nous comparons maintenant nos trois groupes cibles avec le groupe «Normal», nous pouvons faire le constat suivant : le niveau de récurrence est plus élevé dans les groupes cibles que dans le groupe «Normal». Sauf pour le groupe «CSSSTR» qui, lorsqu'on englobe la longue durée, tend à se rapprocher des proportions du groupe «Normal», alors qu'à l'inverse, pour les deux autres groupes cibles l'écart se creuse encore davantage sur la longue durée.

### 3.2- L'hébergement

	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
	Individus	30/21		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Hébergement 2006	Nbre d'hébergement	70	54,7%	62	47,3%	29	52,7%	58	59,2%	537	77,0%
	Mo par individu	2,3		1,5		1,9		1,5		1,1	
	Durée totale	207		238		147		267		2732	
	Durée moyenne	6,9		5,7		5,1		4,6		5	
	Maximum	29,0		29		34				93	
Hébergement	Nbre d'hébergement	539	59,4%	186	61,2%	69	58,5%	115	68,0%	998	78,5%
	Mo par individu	18,0		4,4		4,6		2,9		2,1	
	Durée totale	3066		1241		911		684		8073	
	Durée moyenne	5,7		29,5		13,2		5,9		8	
	Maximum	287		108		524				367	

Regardons le profil de l'hébergement du groupe «Normal». Sur un total de 697 demandes, 537 ont donné lieu à des hébergements au cours de l'année 2006. Ce qui représente 77% des demandes. 23% ont été réorientées vers d'autres réponses. En moyenne les utilisateurs de ce groupe ont eu 1,1 hébergement au cours de l'année. La durée moyenne de séjour des utilisateurs de ce groupe est de 5 jours. Ce qui totalise 2232 jours d'hébergement au cours de l'année. Le séjour le plus long étant de 93 jours.

Comparons maintenant ce groupe avec les autres groupes d'utilisateurs. Rapidement, deux différences importantes apparaissent. La première, c'est que tous les autres groupes ont un taux de réorientation des demandes significativement plus élevé, variant de 41% pour le groupe «CSSSTR» à 53% pour le groupe «Urgence», alors que le taux n'est que de 23% pour les utilisateurs du groupe «Normal». La seconde différence significative, c'est le nombre d'hébergements en moyenne par individu. Les utilisateurs des autres groupes ont une moyenne d'hébergements au cours de l'année beaucoup plus élevée que les utilisateurs du groupe «Normal». Cette moyenne varie entre 2,3 par utilisateur dans le groupe «Récurent» et 1,5 dans les groupes «Urgence» et «CSSSTR», alors qu'elle ne dépasse pas 1,1 dans le groupe «Normal».

Bref, les demandes des utilisateurs des groupes cibles ainsi que du groupe «Récurent» sont réorientées plus souvent que celles des utilisateurs du groupe «Normal». Par ailleurs, ils font beaucoup plus de demandes par individu et ils sont réadmis plus souvent en hébergement.

Pour ce qui est de la durée moyenne des séjours, il ne semble pas y avoir de différence significative entre les groupes.

Regardons maintenant les choses sur la longue durée. Quels changements peut-on noter au niveau de l'usage ? Les utilisateurs des groupes «Urgence» et «Psychiatrie» se distinguent des utilisateurs des autres groupes sous deux aspects : ils ont deux fois plus d'hébergement en moyenne que les autres groupes, à l'exception du groupe «Récurent». Et la durée moyenne de leurs séjours est beaucoup plus élevée que celle de tous les autres groupes d'utilisateurs.

### 3.3 –Les périodes d'exclusion

	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurrent	Urgence	Psychiatrie	CSSSTR	Normal					
Individus		30/21	42	15	39	492					
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Périodes d'exclusion	Agression/expulsion	0		1	1,6%	0		0			
	Expulsion	1		2	3,2%	0		0		3	
	Non respect des ententes	2		2	3,2%	2		2		19	
	Demandes répétitives	0		1	1,6%	0		0		4	
	Total	3	10,0%	6	9,7%	2	13,3%	2	5,1%	26	3,7%

Les périodes d'exclusion sont des mesures exceptionnelles. Elles sont appliquées à des utilisateurs pour des périodes déterminées et limitées, variant de trois mois à un an. Ces mesures peuvent être appliquées relativement à quatre situations : lorsqu'il y a eu agression et expulsion, lorsque l'individu a du être expulsé, lorsqu'il n'a pas respecté ses ententes, lorsqu'il fait des demandes répétitives relatives à la même situation. Ces mesures ne sont pas absolues, dans ce sens que l'intervenant peut décider d'admettre l'individu à certaines conditions, malgré la restriction de séjour.

Que peut-on retenir de ce tableau ?

Le premier point, c'est que cette mesure demeure exceptionnelle; elle a été appliquée à 39 utilisateurs au cours de l'année. Il faut se rappeler que 581 individus ont utilisé le service d'hébergement d'urgence au cours de l'année. Ce qui représente un peu plus de 6% des utilisateurs.

Le second point, c'est que la grande majorité des mesures sont appliquées pour des ententes non respectées. Ce qui signifie que les périodes d'exclusion pour des motifs plus graves sont relativement rares. Seulement 7 utilisateurs sont concernés par ces situations. Ce qui ne représente qu'environ 1% des utilisateurs.

Finalement on constate que les utilisateurs référés par l'urgence ont le plus grand nombre de périodes d'exclusion, à l'exception du groupe «Normal». Mais le groupe «Normal» compte près de 14 fois plus d'utilisateurs que le groupe «Urgence» ; il ne peut donc servir de base de référence. Par contre, si nous comparons les utilisateurs du groupe «Urgence» avec ceux du groupe «Récurrent» - un groupe semblable à bien des égards, ou même avec les autres groupes cibles, alors le portrait s'éclaircit : les utilisateurs référés par l'urgence ont un profil d'usage plus difficile que les utilisateurs de tous les autres groupes.

## 4- Les réorientations

Comparés aux utilisateurs du groupe «Normal», les utilisateurs des autres groupes ont un taux deux fois plus élevé de réorientation de leurs demandes. Ce n'est pas très surprenant, parce qu'ils ont un taux de demandes par individu beaucoup plus élevé que celui des utilisateurs du groupe «Normal», comme nous l'avons déjà vu. À cet égard, tous les chiffres coïncident : le taux de réorientation est deux fois plus élevé dans les trois groupes cibles que dans le groupe «Normal». Le groupe où le taux de réorientation est le moins élevé, c'est le groupe des utilisateurs référés par le «CSSSTR» avec 40% des demandes réorientées. À l'opposé, c'est le groupe «Urgence» qui affiche le taux le plus élevé avec 53% des demandes. Encore là, ce n'est pas surprenant, les utilisateurs référés par l'urgence ont un niveau de demande par individu (7,2) beaucoup plus élevé que celui des utilisateurs référés par le CSSSTR (4,3).

Toutefois, ce qui peut nous surprendre, c'est la forte proportion des individus appartenant au groupe «Urgence» dont les demandes ont été réorientées au moins trois fois au cours de l'année (40%). C'est tout de même important car cela représente dix individus sur 42. C'est beaucoup. On doit aussi noter qu'un utilisateur a été refusé 14 fois au cours de l'année. C'est énorme. Mais c'est exceptionnel.

Regardons maintenant les motifs de réorientation. Les réorientations faute de place sont peu nombreuses; elles ne représentent qu'environ 3% des demandes. Ce qui est

Paramètres	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
		30/21		42		15		39		492	
Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	
Réorientations	Restriction	34	26,6	34	26,0%	12	21,8%	21	21,4%	28	4
	Ressources inadéquates	11	8,6%	16	12,2%	9	16,4%	12	12,2%	69	14
	A déjà une ressource	7	5,5%	8	6,1%	3	5,5%	5	5,1%	36	7,3
	Intoxication	0	0,0%	7	5,3%	2	3,6%	0	0,0%	8	1,6
	Place	2	1,6%	4	3,1%	0	0,0%	1	1,0%	15	3
	Nombre total	54	42,2%	69	52,7%	26	47,3%	39	39,8%	156	22,4%
	Nombre d'individus	16	53,3%	25	59,5%	10	66,7%	17	43,6%	131	26,6%
	Moyenne par individu	3,4		2,76		2,6		2,3		1,2	
	Trois et plus	7	13,0%	10	40,0%	4	15,4%	3	7,7%	5	3,2%
	Nbre le plus élevé	14		14		5		14		4	

relativement faible, considérant le nombre élevé de demandes et la diversité des clientèles : hommes et femmes. Il faut noter que ce sont les femmes qui sont le plus souvent réorientées faute de place. Cela s'explique par la croissance continue des demandes faites par ou pour des femmes depuis 2000 (année où nous avons commencé l'accueil des femmes) et le nombre très limité de lits disponibles pour les femmes (2).

Fait surprenant : il y a très peu d'individus réorientés parce qu'ils sont intoxiqués. Au total, tous groupes confondus, seulement 17 individus ont été réorientés au cours de

l'année 2006 parce qu'ils étaient intoxiqués sur près de 600 individus différents. C'est très peu. Si on regarde les choses d'un peu plus près, on peut constater que la très grande majorité des individus réorientés appartiennent aux groupes «Urgence» et «Psychiatrie». Les utilisateurs de ces groupes qui ont été réorientés parce qu'ils étaient intoxiqués sont plus nombreux que ceux du groupe «Normal» ; même si le nombre d'utilisateurs du groupe «Normal» est presque dix fois plus important que les deux autres groupes ensemble.

Fait surprenant encore, à première vue, un nombre relativement important de demandes est réorienté parce que les individus utilisaient déjà une autre ressource. Même si ce nombre est plus élevé dans les groupes «Urgence» et «CSSSTR», il est aussi important dans les autres groupes.

Il faut noter l'importance des demandes réorientées parce que l'hébergement d'urgence n'apparaissait pas comme une ressource appropriée pour aider l'individu. Ce nombre est significativement plus élevé chez les utilisateurs référés par le «CSSSTR» que chez les utilisateurs de tous les autres groupes.

Finalement, les réorientations liées à des restrictions autres que celles déjà mentionnées sont les plus nombreuses. Par exemple, entrent dans cette catégorie tous les individus qui font une demande durant une période d'exclusion. Entrent aussi dans cette catégorie les individus qui peuvent faire des demandes répétitives sans rien changer à leur situation, mais qui ne sont pas pour autant en période d'exclusion. Ce sont, ici aussi, les utilisateurs des groupes «Récurrent» et «CSSSTR» qui ont le plus haut pourcentage de demandes réorientées en fonction de restrictions.

## **Profil de l'usage : principaux constats**

### *Le groupe d'utilisateurs référés par l'urgence (42)*

Comparés aux utilisateurs du groupe «Normal», les utilisateurs référés par l'urgence :

- Font trois fois plus de demandes; en moyenne, ils ont fait sept demandes par individu, comparativement à 2,7 pour les utilisateurs du groupe «Normal».
- Ont un niveau de récurrence beaucoup plus élevé ; 17% des individus du groupe «Urgence» ont une récurrence forte (14 demandes et plus), comparativement à 4% pour les utilisateurs du groupe «Normal».
- Leurs demandes sont réorientées beaucoup plus souvent (53%) que celles du groupe «Normal» (23%).
- Ils sont plus nombreux à être assujettis à des périodes d'exclusion et particulièrement à avoir été expulsés du service d'hébergement.

### *Caractéristiques principales*

La majorité a fait plus d'une demande d'hébergement d'urgence (70%). Seize (16%) pourcent ont un niveau de récurrence élevé (au moins 14 demandes d'hébergement), comparativement à 4% pour le groupe «Normal». Plus de la moitié des demandes qu'ils ont faites, ont été réorientées (53%). Malgré tout, ils ont été admis en hébergement

beaucoup plus souvent que le groupe «Normal». C'est dans ce groupe que l'on trouve le plus d'utilisateurs qui ont dû être expulsés et qui sont assujettis à des périodes d'exclusion. Bref, le profil d'usage des utilisateurs de l'urgence est ici aussi beaucoup plus proche du profil du groupe «Récurent» que du groupe «Normal». C'est un usage qui apparaît relativement plus complexe et difficile à gérer que celui des autres groupes.

#### *Le groupe d'utilisateurs référés par la psychiatrie (15)*

- Les utilisateurs de ce groupe font beaucoup plus de demandes (7,9) que les utilisateurs du groupe «Normal» (2,7). En moyenne, ils ont fait même plus de demandes que les utilisateurs du groupe «Urgence».
- C'est dans ce groupe que l'on trouve la plus forte concentration (20%) d'utilisateurs récurrents (au moins 14 demandes).
- C'est aussi dans ce groupe que se trouvent les utilisateurs qui font les séjours parmi les plus longs.
- C'est eux qui ont la moyenne d'hébergement par individu la plus élevée au cours de l'année 2006 (1,9),
- Aucun individu de ce groupe n'a été expulsé et ils sont peu nombreux à être assujettis à des périodes d'exclusion.

#### *Caractéristiques principales*

Les utilisateurs de ce groupe se rapprochent des utilisateurs du groupe référé par l'urgence sur plusieurs aspects. Ils font plusieurs demandes. Plusieurs sont des utilisateurs récurrents. Toutefois, comparativement aux utilisateurs du groupe Urgence, ils semblent avoir beaucoup moins de problèmes à s'adapter au cadre de l'hébergement d'urgence. Ils se caractérisent aussi par une durée de séjour légèrement plus longue que les autres utilisateurs. Bref, ils ont un profil d'usages répétitifs, voire récurrent, mais plus facile que les utilisateurs de l'urgence. Ils font plus de séjours et les durées peuvent être plus longues.

#### *Le groupe d'utilisateurs référés par le CSSSTR (39)*

- Ils font moins de demandes en moyenne par individu, que les utilisateurs référés par l'urgence et la psychiatrie. Mais ils en font plus que ceux du groupe «Normal».
- Au niveau de la récurrence les utilisateurs de ce groupe se détachent encore davantage de ceux des groupes «Urgence» et «Psychiatrie», pour se rapprocher du profil des utilisateurs du groupe «Normal». Ils ont un niveau de récurrence nettement plus faible que les utilisateurs des autres groupes cibles.
- Les demandes sont moins nombreuses en moyenne par individu, et elles sont aussi moins nombreuses à être réorientées que celles des utilisateurs des autres groupes

cibles. Mais elles sont plus souvent réorientées que le sont celles des utilisateurs du groupe «Normal». Encore une fois, les utilisateurs de ce groupe se situent entre les utilisateurs du groupe «Normal» et ceux des autres groupes cibles.

- Comme les utilisateurs du groupe «Psychiatrie», aucun individu n'a été expulsé et ils sont peu nombreux à avoir été soumis à une période d'exclusion.

### *Caractéristiques principales*

Le profil de l'usage des utilisateurs du groupe «CSSSTR» se situe entre celui des utilisateurs des autres groupes cibles et celui des utilisateurs du groupe «Normal». Parmi les groupes cibles, c'est celui qui s'éloigne le plus du profil des utilisateurs récurrents.

### **Profil de l'usage des utilisateurs des trois groupes cibles : principales caractéristiques**

<b>Groupes</b>	<b>Caractéristiques</b>
<b>Urgence</b>	La majorité ont fait plus d'une demande d'hébergement d'urgence (70%). 16% ont un niveau de récurrence élevée (au moins 14 demandes d'hébergement), comparativement à 4% pour le groupe «Normal». Plus de la moitié des demandes qu'ils ont faites ont été réorientées (53%). Malgré tout, ils ont été admis en hébergement beaucoup plus souvent que le groupe «Normal». C'est dans ce groupe que l'on trouve le plus d'utilisateurs qui ont dû être expulsés et qui sont assujettis à des périodes d'exclusion.
<b>Psychiatrie</b>	Les utilisateurs de ce groupe se rapprochent des utilisateurs du groupe d'utilisateurs référés par l'urgence sur plusieurs aspects. Ils font plusieurs demandes. Plusieurs sont des utilisateurs récurrents. Ils se caractérisent par une durée de séjour légèrement plus longue que les autres utilisateurs. Toutefois, comparativement aux utilisateurs du groupe «Urgence» ils semblent avoir beaucoup moins de problèmes à s'adapter au cadre de l'hébergement d'urgence. Bref, ils ont un profil d'usages répétitifs, voire récurrent, mais plus facile que les utilisateurs de l'urgence. Ils font plus de séjours et les durées peuvent être plus longues.
<b>CSSSTR</b>	Le profil de l'usage des utilisateurs de ce groupe se situe entre celui des utilisateurs des autres groupes cibles et celui des utilisateurs du groupe «Normal». Parmi les groupes cibles, c'est celui qui s'éloigne le plus du profil des utilisateurs récurrents. Les durées de séjour sont plus courtes. Ils ont moins de problèmes avec le cadre de l'hébergement. Ils ont un niveau de récurrence plus faible et leurs demandes sont moins souvent réorientées.

#### 4- Le profil des trajectoires

Le profil des trajectoires est un portrait de l'usage du service d'hébergement d'urgence fait par les utilisateurs des trois groupes cibles depuis 1989. Ce portrait est élaboré à partir d'un paramètre que l'on peut suivre facilement à travers le temps : les admissions en hébergement. Nous allons regrouper les admissions à l'intérieur de trois catégories ou propriétés : la durée, la fréquence et l'intensité. La durée ne mesure pas le séjour, mais la trajectoire temporelle entre la première demande et aujourd'hui. Cette trajectoire est divisée en quatre périodes : courte (moins de 2 ans) ; moyenne (entre 2 et 4 ans) ; longue (entre 5 et 9 ans) ; très longue (10 ans et plus). La fréquence correspond au rapport entre le nombre d'années que l'individu a fait au moins une demande et la durée de sa trajectoire d'utilisation du service d'hébergement d'urgence. L'intensité, c'est l'écart entre le nombre le plus élevé de demandes au cours d'une année et le nombre le plus bas. Nous pouvons ainsi attribuer aux groupes d'utilisateurs des coefficients de fréquence et d'intensité. Ce qui va nous permettre de comparer les utilisateurs de chaque groupe sur la base de ces propriétés. Nous pourrions par la suite élaborer les profils des trajectoires temporelles de chacun de nos groupes cibles.

	Groupes	4		1		2		3		5	
		Récurrents		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
Individus		30		42		15		39		471	
Paramètres	Propriétés	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Demandes au Centre Le Havre	10 ans et plus	16	53,3%	4	9,5%	1	6,7%	6	15,3%	30	6,6%
		100 et 29 % (64,5)		64 et 14 % (39)		20%		54 et 15 % (34,5)			
	fréquence	4,3 et 1,6 (3)		3,4 et 2,4 (2,9)		1,7		6,8 et 1,0 (3,9)			
	Entre 5 et 9 ans	9	30,0%	7	16,7%	5	33,3%	3	7,7%	44	9,7%
		86 et 33 % (59,5)		86 et 33 % (59,5)		57 et 25 % (41)		67 et 43 % (55)			
	fréquence	10 et 2,5 (6,2)		6,7 et 1,4 (4)		5,8 et 1,3 (4,5)		3,2 et 1,3 (2,3)			
	Entre 2 et 4 ans	5	16,7%	8	19,0%	4	26,7%	29	74,4%	44	9,7%
		100 et 75 % (87,5)		100 et 67 % (83,5)		100 et 50 % (75)		67 et 50 % (58,5)			
	fréquence	7,7 et 3,0 (5,3)		7,7 et 2,0 (4,9)		6,7 et 1,5 (4,1)		5,0 et 1,0 (3)			
	Moins de 2 ans	0	0%	23	54,8%	4	26,7%	0	0,0%	335	74,0%
		0		100 et 100 %		100%		0			
	fréquence	0		8 et 1,0 (4,5)		3,0 et 1,0 (2)		0			
intensité											

#### **4,1- Trajectoires de courtes durées : moins de deux ans**

Les utilisateurs dont la trajectoire d'utilisation est courte sont largement concentrés dans le groupe «Normal». Ils représentent 74% des utilisateurs. Parmi les groupes cibles, c'est dans le groupe d'utilisateurs référés par l'urgence que l'on trouve le plus grand nombre d'individus de cette catégorie. Plus de la moitié d'entre eux (55%) ont une trajectoire d'usage de moins de deux ans. Toutefois, au niveau des utilisateurs référés par la psychiatrie, la proportion chute à 27%. Et il n'y a aucun utilisateur du groupe CSSSTR qui ait une trajectoire d'usage de moins de deux ans.

Il faut noter que les utilisateurs du groupe «Urgence» ont une intensité d'utilisation beaucoup plus grande que celle des utilisateurs du groupe «Psychiatrie».

En résumé :

- Les utilisateurs du groupe «Normal» ont très majoritairement (74%) une trajectoire de courte durée (moins de deux ans) ;
- Un peu plus de la moitié des utilisateurs référés par l'urgence ont une trajectoire d'utilisation de courte durée ;
- Les utilisateurs référés par la psychiatrie qui ont une trajectoire de courte durée sont beaucoup moins nombreux (27%) ;
- Aucun des utilisateurs référés par le CSSSTR ne présente une trajectoire de courte durée ;
- Les utilisateurs référés par l'urgence se distinguent nettement de ceux référés par la psychiatrie au niveau de l'intensité de leur utilisation ; le coefficient d'intensité de ce groupe est deux fois plus élevé que celui du groupe «Psychiatrie».

#### **4,2- Trajectoires de moyennes durées : entre 2 et 4 ans**

Les utilisateurs du groupe «Normal» sont beaucoup moins nombreux à se situer dans cette trajectoire : moins de 10% de leurs utilisateurs (9,7). Ce sont les utilisateurs du groupe «CSSSTR» qui ont la plus forte proportion de leurs utilisateurs dans cette trajectoire, soit 74,4%. Ce qui est de loin le pourcentage le plus élevé ; les autres groupes n'ont qu'entre 16 et 26% de leurs utilisateurs dans cette trajectoire. Toutefois, la fréquence d'utilisation parmi les utilisateurs de cette catégorie est plus élevée dans les groupes «Récurent» et «Urgence» que dans les autres groupes. On observe la même tendance au niveau de l'intensité : elle est plus élevée dans les groupes «Récurent» et «Urgence» que dans les autres groupes.

En résumé :

- Ces parmi les utilisateurs du groupe «Normal» que l'on trouve la proportion la plus faible d'utilisateurs dans cette catégorie de trajectoire (9,7%) ;

- À l'opposé, c'est dans le groupe «CSSSTR» qu'il est le plus élevé (74,4%) ;
- La fréquence d'utilisation est plus forte parmi les utilisateurs des groupes «Récurent» et «Urgence» ;
- Au niveau de l'intensité de l'utilisation, encore une fois ce sont les groupes «Récurent» et «Urgence» qui ont les coefficients les plus élevés (5,3 et 4,9).

#### **4,3- Trajectoires de longues durées : entre 5 et 9 ans**

Encore une fois, la proportion (9,7%) des utilisateurs du groupe «Normal» dans cette catégorie est très faible, comparativement à celle des autres groupes. Ce sont les utilisateurs des groupes «Récurent» (30%) et «Psychiatrie» (33,3%) qui sont ici plus représentés que les utilisateurs des autres groupes. Les utilisateurs référés par l'urgence (16,7%) et le CSSSTR (7,7%) sont moins représentés dans cette catégorie de trajectoire. Au niveau de la fréquence les choses changent : ce sont les utilisateurs récurrents et ceux référés par l'urgence qui ont le coefficient le plus élevé (59,5), le coefficient le plus bas appartenant aux utilisateurs référés par la psychiatrie (41%). Au niveau de l'intensité c'est le groupe «Récurent» qui a le coefficient le plus élevé (6,2). Parmi les groupes cibles, les utilisateurs du groupe «CSSSTR» se détachent avec le coefficient d'intensité le plus faible (2,3).

En résumé :

- C'est le groupe «CSSSTR» qui a la plus faible proportion de ses utilisateurs dans cette catégorie (7,7%), suivi de près par les utilisateurs du groupe «Normal» (9,7%) ;
- À l'opposé, c'est le groupe «Psychiatrie» qui a la proportion des utilisateurs la plus élevée dans cette catégorie de trajectoire (33,3%), suivi de près par le groupe « Récurent » (30%) ;
- Parmi les groupes cibles, ce sont les utilisateurs référés par l'urgence qui ont le coefficient de fréquence le plus élevé (59,5%), au même niveau que les utilisateurs du groupe «Récurent» ;
- Au niveau de l'intensité :
  - ce sont les utilisateurs du groupe «Récurent» qui se détachent vers le haut avec un coefficient nettement plus élevé (6,2) ;
  - et les utilisateurs du groupe «CSSSTR» qui, eux, se détachent vers le bas avec le coefficient d'intensité le plus faible (2,3).

#### **4,4- Trajectoires de très longues durées : 10 ans et plus**

Peu d'utilisateurs du groupe «Normal» sont dans cette trajectoire de longue durée (6,6%). Il faut noter que les groupes «Urgence» et «Psychiatrie» se rapprochent ici du groupe «Normal», avec respectivement 9,5 et 6,7% de leurs utilisateurs dans cette catégorie. Ce qui est surprenant, c'est la forte proportion des utilisateurs du groupe «CSSSTR», comparativement aux autres groupes cibles, qui se trouvent dans cette catégorie (25,6%). Il faut noter que plus de la moitié des utilisateurs du groupe « Récurent» se situent dans

une trajectoire de très longue durée (53,3%). Pour ce qui est de la fréquence, ce sont les utilisateurs du groupe «Urgence» qui ont le coefficient le plus élevé (39%), suivis de près par les utilisateurs du groupe «CSSSTR» (34,5%). Toutefois, ici aussi, ce sont les utilisateurs du groupe «Récurent» qui se détachent vers le haut avec le coefficient le plus élevé (64,5%). Au niveau de l'intensité aucun groupe ne se détache clairement des autres. Toutefois, les utilisateurs du groupe «CSSSTR» ont un coefficient d'intensité (3,9) légèrement plus élevé que les autres.

En résumé :

- Peu d'utilisateurs du groupe «Normal» se trouvent dans cette catégorie (6,6%) ;
- À l'opposé, plus de la moitié des utilisateurs du groupe «Récurent» sont dans cette catégorie (53,3%) ;
- Parmi les groupes cibles, c'est le groupe «CSSSTR» qui a la plus forte proportion d'utilisateurs dans une trajectoire de très longue durée (15,3%) ;
- Toutefois les utilisateurs du groupe «Récurent» ont un coefficient de fréquence presque deux fois plus élevé que tous les utilisateurs des autres groupes.
- Pour ce qui est de l'intensité, le groupe «CSSSTR» a un coefficient un peu plus élevé que les autres groupes (3,9) y compris le groupe «Récurent» (3).

## Profil des trajectoires : principaux constats

### *Les utilisateurs référés par l'urgence (42)*

- Un peu plus de la moitié (54,8%) des utilisateurs référés par l'urgence sont dans une trajectoire qui a une durée de moins de deux ans :
  - Ces utilisateurs ont un coefficient d'intensité élevé (4,5) ;
- Un peu moins de 10% (9,5) des utilisateurs de ce groupe se situent dans une trajectoire de dix ans et plus.
  - Ils ont un coefficient de fréquence relativement élevé (40%) et un coefficient d'intensité (2,9) légèrement inférieur aux autres utilisateurs de cette catégorie.

### *Caractéristiques principales*

La majorité (54,8%) de ces utilisateurs s'inscrit dans une trajectoire de courte durée, mais ils ont un coefficient (4,5) d'utilisation relativement élevée.

### *Les utilisateurs référés par la psychiatrie (15)*

- Les utilisateurs référés par la psychiatrie sont répartis à peu près également (30%) dans les trajectoires de courte, moyenne et longue durée. Il n'y a qu'un seul individu dans une trajectoire de très longue durée.

### *Caractéristiques principales*

La très grande majorité des utilisateurs sont dispersés à peu près également dans des trajectoires de moins de dix ans (93%).

#### *Les utilisateurs référés par le CSSSTR (39)*

- La grande majorité (74,4%) des utilisateurs de ce groupe ont une trajectoire de durée moyenne (entre deux et quatre ans) ;
- Une part importante (15,3%) des utilisateurs de ce groupe sont dans une trajectoire de très longue durée (au moins dix ans). C'est la proportion la plus importante parmi les groupes cibles. Mais elle demeure éloignée des utilisateurs du groupe «Récurrent» avec plus de 50% de leurs utilisateurs dans cette catégorie.

### *Caractéristiques principales*

Les trajectoires des utilisateurs de ce groupe se divisent en deux catégories bien distinctes : les trajectoires de moyenne durée où sont concentrée près de 75% des utilisateurs et les trajectoires de très longue durée avec plus de 15% des utilisateurs.

### **Profil des trajectoires des utilisateurs des trois groupes cibles : principales caractéristiques**

<b>Groupes</b>	<b>Caractéristiques</b>
<b>Urgence</b> Trajectoires courtes, mais intenses	La majorité (54,8%) de ces utilisateurs s'inscrit dans une trajectoire de courte durée, à cet égard, ils s'éloignent du profil des utilisateurs du groupe «Récurrent» et se rapprochent de celui du groupe «Normal». Toutefois ils ont un coefficient (4,5) d'intensité relativement élevé qui les distingue des autres groupes.
<b>Psychiatrie</b> Trajectoires dispersées et variables	La très grande majorité des utilisateurs de ce groupe sont concentrés dans des trajectoires de moins de dix ans (93%). Ils sont répartis à peu près également (30%) dans les trois catégories de trajectoire : courte, moyenne et longue.
<b>CSSSTR</b> Trajectoires contrastées	Les trajectoires des utilisateurs de ce groupe se divisent en deux catégories bien distinctes : les trajectoires de moyenne durée où sont concentrés près de 75% des utilisateurs et les trajectoires de très longue durée avec plus de 15% des utilisateurs.

## 5- Synthèse des profils (utilisateurs, usages et trajectoires) des trois groupes cibles

### 5,1- Profil du groupe Urgence (42 utilisateurs)

Profils	Groupe Urgence
Utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils sont légèrement plus jeunes que les autres utilisateurs ;</li> <li>• Ils ont un niveau de problématiques beaucoup plus graves et complexes que l'ensemble des utilisateurs ; leur profil ressemble beaucoup plus à celui des utilisateurs du groupe «Récurent» qu'à celui de l'ensemble des utilisateurs.</li> </ul>
	Plus jeunes, des problématiques multiples : santé mentale, dépendance, pénale, suicide
Usages	La majorité ont fait plus d'une demande d'hébergement d'urgence (70%). 16% ont un niveau de récurrence élevée (au moins 14 demandes d'hébergement), comparativement à 4% pour le groupe «Normal». Plus de la moitié des demandes qu'ils ont faites ont été réorientées (53%). Malgré tout, ils ont été admis en hébergement beaucoup plus souvent que le groupe «Normal». C'est dans ce groupe que l'on trouve le plus d'utilisateurs qui ont dû être expulsés et qui sont assujettis à des périodes d'exclusion. Bref, le profil d'usage est plus complexe et révèle des difficultés d'adaptation au cadre d'hébergement.
	Un niveau de récurrence élevée, des réorientations fréquentes, Plusieurs hébergements, séjours difficiles : expulsions, périodes d'exclusions.
Trajectoires	La majorité (54,8%) de ces utilisateurs s'inscrit dans une trajectoire de courte durée, à cet égard, ils s'éloignent du profil des utilisateurs du groupe «Récurent» et se rapprochent de celui du groupe «Normal». Toutefois ils ont un coefficient (4,5) d'intensité relativement élevée qui les distingue des autres groupes.
	Trajectoires courtes, mais plus intenses.

## 5,2- Profil du groupe Psychiatrie (15 utilisateurs)

Profil		Groupe psychiatrie	
Utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus que tous les autres groupes, ils sont originaires de la Mauricie : deux fois plus.</li> <li>• Ce sont eux qui ont la plus grande proportion d'individus ayant à la fois des problèmes de dépendance et de santé mentale (73%).</li> </ul>		
	Originaires de la Mauricie, double problématiques, santé mentale et dépendance.		
Usages	Les utilisateurs de ce groupe se rapprochent des utilisateurs du groupe d'utilisateurs référés par l'urgence sur plusieurs aspects. Ils font plusieurs demandes. Plusieurs sont des utilisateurs récurrents. Ils se caractérisent par une durée de séjour légèrement plus longue que les autres utilisateurs. Toutefois, comparativement aux utilisateurs du groupe «Urgence» ils semblent avoir beaucoup moins de problèmes à s'adapter au cadre de l'hébergement d'urgence. Bref, ils ont un profil d'usages répétitifs, voire récurrent, mais plus facile que les utilisateurs de l'urgence. Ils font plus de séjours et les durées peuvent être plus longues.		
	Répétitif, voire récurrent, mais facile. Des durées de séjour plus longues.		
Trajectoires	La très grande majorité des utilisateurs sont concentrés dans des trajectoires de moins de dix ans (93%). Ils sont répartis à peu près également (30%) dans les trois catégories de trajectoire : courte, moyenne et longue.		
	Variables, dispersée dans les durées de longue à courte.		

## 5,3- Profil du groupe CSSTR (39 utilisateurs)

Profils		Groupe CSSSTR	
Utilisateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les utilisateurs sont plus âgés que dans les autres groupes.</li> <li>• Les femmes sont beaucoup plus nombreuses.</li> <li>• Ils sont plus faiblement scolarisés.</li> <li>• Les ont le même niveau de problèmes que les utilisateurs du groupe «Normal», à l'exception des problèmes de santé physique qui sont plus importants.</li> </ul>		
	Plus âgés, les femmes plus nombreuses, moins scolarisés, des problèmes de santé physique plus importants.		

<b>Usages</b>	Le profil de l'usage des utilisateurs se situe entre celui des utilisateurs des autres groupes cibles et celui des utilisateurs du groupe «Normal». Parmi les groupes cibles, c'est celui qui s'éloigne le plus du profil des utilisateurs du groupe «Récurrent». Les durées de séjour sont plus courtes. Ils ont moins de problèmes avec le cadre de l'hébergement. Ils ont un niveau de récurrence plus faible et leurs demandes sont moins souvent réorientées.
	Récurrence plus faible, des durées de séjours plus courtes, s'adaptent bien au cadre d'hébergement, moins de réorientation.
<b>Trajectoires</b>	Les trajectoires des utilisateurs de ce groupe se divisent en deux catégories bien distinctes : les trajectoires de moyenne durée où sont concentrée près de 75% des utilisateurs et les trajectoires de très longue durée avec plus de 15% des utilisateurs.
	contrasté : moyenne et très longue durée.

## 6- Principaux constats et interprétations

Dans cette dernière section nous allons préciser et ramasser les cinq principaux constats de cette enquête. Pour chacun de ces constats nous nous interrogerons sur sa signification. Nous aurons ainsi terminé notre enquête sur les utilisateurs.

### 6,1- Le poids relatif des différents groupes d'utilisateurs

*Les constats*

LES UTILISATEURS RÉFÉRÉS PAR LE CHRTR ET LE CSSSTR REPRÉSENTENT 16 % DES UTILISATEURS, MAIS UTILISENT 21% DES SERVICES ;

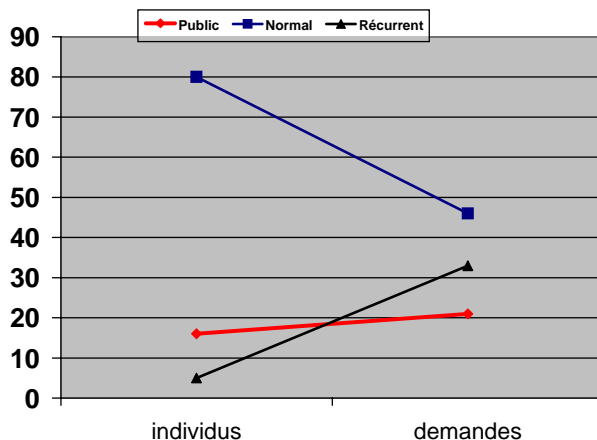
LES UTILISATEURS DU GROUPE « NORMAL » REPRÉSENTENT PRÈS DE 80% DES UTILISATEURS, MAIS UTILISENT SEULEMENT 46% DES SERVICES ;

LES UTILISATEURS RÉCURRENTS REPRÉSENTENT SEULEMENT 5% DES UTILISATEURS, MAIS UTILISENT 33% DES SERVICES.

Groupes	Individus (2006)		Demandes (1989-2006)	
	Nbr	%	Nbr	%
Utilisateurs «Normal»	471	79%	1271	46%
Utilisateurs «Récurrent»	30	5%	907	33%
Utilisateurs référés par CHRTR et CSSSTR	96	16%	591	21%
Totaux	597	100%	2769	100%

Le poids relatif des utilisateurs appartenant aux différents groupes n'est pas constant ; il peut augmenter ou diminuer selon le nombre d'individus ou de demandes. Le graphique ci-contre illustre bien ces variations de poids selon la variable considérée et la différence de signification de ces variations d'un groupe à l'autre.

Pour faciliter la lecture, nous avons rassemblé les trois groupes cibles. Ainsi les variations et les différences de sens que prennent ces changements d'un groupe à l'autre deviennent évidentes :



- Lorsqu'on considère uniquement le nombre d'individus, les utilisateurs du groupe «Normal» occupent 80% de l'espace, alors que les utilisateurs des groupes cibles occupent 16 % de la place et le groupe «Récurrent» seulement 5%.
- Mais lorsqu'on tient compte du nombre de demandes, le portrait change. Les utilisateurs du groupe «Normal» occupent beaucoup moins de place, alors que les utilisateurs des groupes cibles eux, prennent un peu plus de place et les utilisateurs récurrents beaucoup plus de place.

### *L'interprétation*

Les utilisateurs référés par les établissements publics de santé (CHRTR et CSSSTR) sont plus fragiles et vulnérables que les autres utilisateurs regroupés sous l'appellation «Normal». C'est pour cette raison qu'ils ont recours aux services d'urgence plus que les autres ; ils tombent plus souvent dans des impasses qui les entraînent dans la désorganisation et ils ont plus de difficultés que les autres à s'en sortir. À cet égard, ils forment un groupe d'utilisateurs avec des niveaux de risque élevés et multiples : risque de s'ancrer dans la rupture sociale, risque suicidaire, risque d'être victime de violence de toutes sortes, risque de voir leur santé et leurs conditions de vie se détériorer rapidement. Ils forment un groupe d'utilisateurs qui s'apparente à plusieurs égards aux utilisateurs récurrents. Comme nous le verrons, c'est particulièrement vrai des utilisateurs de l'urgence et beaucoup moins de ceux du CSSTR.

## 6,2- Des individus différents avec des caractéristiques particulières

### *Les constats*

CE NE SONT PAS LES MÊMES INDIVIDUS QUI SONT RÉFÉRÉS SOIT PAR L'URGENCE, SOIT PAR LA PSYCHIATRIE, SOIT PAR LE CSSSTR.

D'UN GROUPE À L'AUTRE, LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES UTILISATEURS CHANGENT.

	Récurrent	Urgence	Psychiatrie	CSSSTR	Normal
Récurrent	<b>30</b>	7	2	3	0
Urgence	7	<b>42</b>	3	0	0
Psychiatrie	2	3	<b>15</b>	0	0
CSSSTR	3	0	0	<b>39</b>	0
Normal	0	0	0	0	<b>471</b>

Les utilisateurs récurrents sont les seuls à être dispersés dans les autres groupes, à l'exception du groupe «Norma » qui est exclusif. Aucun utilisateur référé par le CSSSTR n'a été aussi référé par l'urgence ou la psychiatrie. Le seul chevauchement entre les trois groupes cibles se trouve entre l'urgence et la psychiatrie; ils ont trois utilisateurs communs. Autrement, ce sont des individus différents. Voilà pour le premier constat : ce ne sont pas les mêmes individus qui sont référés par l'urgence, la psychiatrie et le CSSSTR.

Le second constat est un corollaire du premier : non seulement ce ne sont pas les mêmes, ils ont des caractéristiques sociodémographiques qui les distinguent.

En bref, pour ne pas reprendre l'analyse descriptive, que nous avons faite plus haut, voici les principaux éléments qui les distinguent :

- Les utilisateurs référés par l'urgence sont plus jeunes que ceux référés par la psychiatrie et le CSSSTR. Ils sont aussi plus jeunes que les utilisateurs des groupes «Récurrent» et «Normal».
- Ceux référés par la psychiatrie sont beaucoup plus fréquemment originaires de la Mauricie.
- Alors que les utilisateurs référés par le CSSSTR sont plus âgés, comptent beaucoup plus de femmes et sont plus faiblement scolarisé que les autres.

### *Interprétation*

Ce ne sont pas les mêmes individus qui sont référés par l'urgence, par la psychiatrie ou le Centre de santé. De plus ces différents groupes d'utilisateurs possèdent des caractéristiques sociodémographiques distinctives. À première vue, c'est surprenant. On ne s'attendait pas à cela. Nous croyons que pour l'essentiel, nous avons affaire au même

monde, au même profil d'individus sinon aux mêmes individus. Mais c'est une erreur : ce ne sont ni les mêmes individus ni le même profil d'individus. Alors qu'est-ce que cela signifie ?

D'abord ceci : *l'utilisation des services publics, notamment l'urgence, la psychiatrie et le Centre de santé est conditionnée par des caractéristiques sociodémographiques qui n'ont aucun lien direct avec des problématiques de santé : le fait d'être un homme et jeune adulte, le fait d'être une femme, un peu plus âgé, d'être peu scolarisé ou d'être originaire de la Mauricie.* Ces données sont évidemment très fragmentaires et insuffisantes pour bien comprendre ce qui est en jeu dans ces différences. Mais elles sont suffisantes pour nous mettre sur la trace d'une compréhension plus fine et plus riche de l'utilisation des services, que celle d'emblée fournit par les catégories diagnostiques et leurs différents critères d'intensité ou de gravité. Bien sur, les critères diagnostiques jouent un rôle et conditionnent l'usage des services, c'est certain. Mais en arrière-plan d'autres conditions semblent jouer un rôle tout aussi important, peut-être déterminant dans plusieurs cas. C'est sur la trace de ces conditions, que nous mettent en route les données fragmentaires que nous avons relevées.

### 6,3- Une configuration problématique très différentes selon les groupes

#### *Les constats*

LES UTILISATEURS, RÉFÉRÉS PAR L'URGENCE, ONT UN NIVEAU DE CO-MORBIDITÉ TRÈS ÉLEVÉ. ILS ONT LE PLUS HAUT TAUX DE PROBLÉMATIQUES PÉNALES. ILS ONT AUSSI UN NIVEAU ÉLEVÉ DE PROBLÉMATIQUES SUICIDAIRES ET DE PROBLÉMATIQUES RELIÉES À LA VIOLENCE. C'EST AUSSI EUX QUI ONT LE TAUX LE PLUS ÉLEVÉ DE PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE.

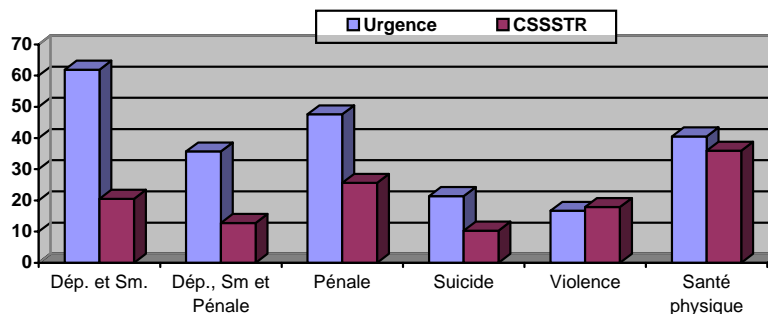
LES UTILISATEURS, RÉFÉRÉS PAR LA PSYCHIATRIE, ONT UNE CO-MORBIDITÉ TRÈS ÉLEVÉE COMPARATIVEMENT AUX AUTRES GROUPES. À L'INVERSE, C'EST EUX QUI ONT LE MOINS DE PROBLÈMES AVEC LE SYSTÈME JUDICIAIRE.

LES UTILISATEURS, RÉFÉRÉS PAR LE CSSSTR, ONT UNE CO-MORBIDITÉ BEAUCOUP MOINS IMPORTANTE QUE LES AUTRES GROUPES. MAIS ILS ONT PLUS DE PROBLÈMES RELIÉS À LA VIOLENCE.

Problématiques	Récurrent		Urgence		Psychiatrie		CSSSTR		Normal	
	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
Dép. et Sm.	19	63,3%	26	61,9%	11	73,3%	8	20,5%	107	22,7%
Dép., Sm. et Pénale	12	40,0%	15	35,7%	2	13,3%	5	12,8%	62	13,2%
Pénale	14	46,7%	20	47,6%	3	20,0%	10	25,6%	151	32,1%
Suicide	11	36,7%	9	21,4%	2	13,3%	4	10,3%	52	11,0%
Violence	7	23,3%	7	16,7%	0	0,0%	7	17,9%	59	12,5%
Santé physique	6	20,0%	17	40,5%	5	33,3%	14	35,9%	119	25,3%

Si nous comparons côte à côte les deux groupes «Urgence» et «CSSSTR» la différence est frappante : les utilisateurs référés par l'urgence sont beaucoup plus près des utilisateurs récurrents, alors que les utilisateurs référés par le CSSSTR sont beaucoup plus près du groupe «Normal»; ils ont des configurations problématiques radicalement différentes, voire opposées.

La co-morbidité est beaucoup plus élevée chez utilisateurs de l'urgence, comme elle l'est chez les utilisateurs référés par la psychiatrie. Si on ajoute la problématique pénale l'écart se creuse avec les utilisateurs de la psychiatrie et se maintient avec ceux du CSSSTR. Au niveau du suicide l'écart est important au niveau des deux groupes : il y a deux fois plus d'individus suicidaires référés par l'urgence que parmi les autres groupes. Par ailleurs, la tendance s'inverse pour la violence : il y a un peu plus d'utilisateurs référés par le CSSSTR qui ont des problèmes liés à la violence. Ce qui est surprenant, à première vue.



### Interprétation

Quelle interprétation pouvons-nous faire de ces constats ? Voici quelques propositions de sens :

- *La récurrence de l'utilisation de l'hébergement d'urgence est très fortement associée à la co-morbidité ;*
- *Le passage par la psychiatrie et l'urgence vers l'hébergement d'urgence est aussi très fortement associé avec la co-morbidité santé mentale et dépendance ;*
- *Sur un autre registre, un certain rapport à la violence est particulièrement associé à la récurrence et à l'utilisation des services d'urgence ; l'importance des problématiques pénales et suicidaires atteste ce rapport.*

Peut-on aller plus loin et faire un pas de plus dans la compréhension de ces données ? Peut-on explorer ce qu'elles nous suggèrent en creux ? Certainement, en demeurant conscient des limites de cette exploration. Ce que nous suggère le risque élevé d'utilisation récurrente des services d'urgence par les individus présentant des problématiques associées de santé mentale et de dépendance c'est :

Commentaire [UQTR20055] : Je ne comprend pas!

- du côté des individus, un désancrage autant au niveau de la société (travail, revenu et participation sociale) qu'au niveau du « foyer » (habitat, vie relationnelle et effective) et une impasse existentielle où l'individu perd la capacité intérieure d'être par lui-même (faire des choix éclairés, prendre des décisions et les actualiser) ; l'autodestruction et le suicide semblent s'imposer comme les seules issues possibles au désir : ne plus avoir à être.
- du côté des services, la difficulté, voire l'incapacité de répondre à ces situations autrement que par des mesures d'urgence en discontinuité les unes avec les autres, c'est-à-dire non coordonnées et, surtout, sans solution de continuité vers d'autres services au-delà de l'urgence.

#### 6,4- Un profil d'usage différent d'un groupe à l'autre

##### *Les constats*

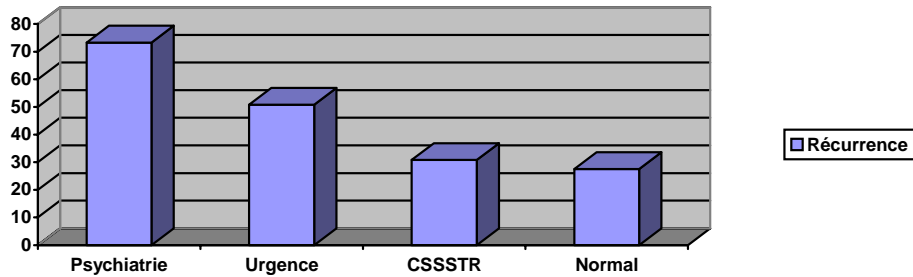
LES UTILISATEURS RÉFÉRÉS PAR L'URGENCE FONT TROIS FOIS PLUS DE DEMANDES QUE LES AUTRES; ONT UN NIVEAU DE RÉCURRENCE BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉ; LEURS DEMANDES SONT PLUS SOUVENT RÉORIENTÉES; MALGRÉ TOUT, ILS SONT HÉBERGÉS PLUS SOUVENT; PLUS QUE LES AUTRES, ILS SONT EXPULSÉS OU ASSUJETTIS À DES RESTRICTIONS DE SÉJOUR.

LES UTILISATEURS RÉFÉRÉS PAR LA PSYCHIATRIE FONT PLUS DE DEMANDES QUE LES AUTRES; ILS COMPTENT UN TAUX ÉLEVÉ D'INDIVIDUS RÉCURRENTS; C'EST EUX QUI ONT LA MOYENNE D'HÉBERGEMENT LA PLUS ÉLEVÉE; MAIS AUCUN INDIVIDU N'A ÉTÉ EXPULSÉ ET TRÈS PEU SONT ASSUJETTIS À DES RESTRICTIONS DE SÉJOUR.

LES UTILISATEURS RÉFÉRÉS PAR LE CSSSTR FONT MOINS DE DEMANDES, ONT UN NIVEAU DE RÉCURRENCE PLUS FAIBLE ET LEURS DEMANDES SONT MOINS SOUVENT RÉORIENTÉES; ILS NE SONT PAS EXPULSÉS ET FONT PEU L'OBJET DE RESTRICTIONS DE SÉJOUR.

**Commentaire [UQTR20056]** : Je ferais attention pour ne pas abuser des majuscules. Elles attirent l'attention au début mais ensuite, le texte devient difficile à lire.

Parmi ces constats, deux observations semblent particulièrement significatives : la récurrence et les périodes d'exclusion. Voyons d'abord la récurrence. Dans le tableau ci-dessous, j'ai regroupé les utilisateurs qui ont fait quatre séjours et plus en hébergement d'urgence. Ce qui nous donne un indice de récurrence d'utilisation de l'hébergement d'urgence.



Il est facile de voir que les utilisateurs référés par la psychiatrie ont un niveau de récurrence d'utilisation de l'hébergement d'urgence beaucoup plus élevé que tous les autres groupes. Il faut se rappeler que c'est aussi parmi ce groupe que l'on trouve le taux le plus élevé de co-morbidité. Les utilisateurs référés par l'urgence ont quand à eux le deuxième taux de récurrence le plus élevé avec 50% de leurs utilisateurs qui ont fait au moins quatre séjours en hébergement d'urgence. C'est moins que les utilisateurs référés par la psychiatrie, mais c'est encore deux fois plus élevé que les utilisateurs des groupes «Normal» et «Récurent» ensemble. Il faut se rappeler ici que les utilisateurs référés par l'urgence sont plus jeunes que ceux référés par les autres groupes. Ce sont majoritairement des jeunes adultes ; 33 % sont dans la vingtaine, alors que seulement 7% des utilisateurs référés par la psychiatrie tombent dans cette catégorie d'âge. Ce qui permet en partie de comprendre qu'ils ont un niveau de récurrence plus bas que les utilisateurs de la psychiatrie.

Voyons maintenant les périodes d'exclusion.

Lorsqu'on observe la distribution des périodes d'exclusion entre les groupes d'utilisateurs une chose est claire : les utilisateurs référés par l'urgence sont les seuls à occuper toute la distribution et ils sont les plus nombreux à avoir été expulsés. À cet égard, ils forment une catégorie d'utilisateurs particuliers.

### *Interprétation*

Les utilisateurs de l'urgence sont plus nombreux à faire des séjours difficiles qui se terminent mal. Pourquoi ? Pour le comprendre, il faut aller au-delà des données statistiques qui sont trop pauvres en contenu. Devançons un peu ici les conclusions d'une étude ultérieure sur les contenus et les processus. Voici trois portraits types d'utilisateurs de l'urgence et des processus problématiques associés à leur dynamique.

Ce sont souvent des jeunes hommes, dans la vingtaine, perdus, complètement désorientés et déracinés. Ils n'ont pas de diagnostic clair ; ils ont souvent consommé des amphétamines durant plusieurs jours et basculé dans une psychose paranoïaque. Plusieurs de ces jeunes adultes sont coincés dans une histoire traumatisante sans issue, sans avenir. Ils sont rivés aux nécessités de la survie dans un espace d'expérience qui ne cesse de se rétrécir autour des pulsions autodestructives. La crise devient leur mode de vie. Ces jeunes hommes ont une violence réactive parfois explosive ; quoique le plus souvent, c'est contre eux qu'ils la dirigent. Ils ont besoin de cadres pour se structurer et se

sécuriser, mais la révolte qui les habite ne leur permet ni d'y consentir ni de l'assumer, s'ils y consentent. Ils sont toujours à la limite, au bord de la crise ; elle devient pour eux une modalité de changement qu'ils confondent généralement avec l'action.

Ce sont souvent aussi des individus instables – qui peuvent être les mêmes que nous venons de décrire- qui ont reçu leur congé rapidement sans être vue par un psychiatre ou hospitalisé et surtout sans suivi médical ni prescription.

Mais ce peut être aussi –et c'est souvent le cas- des individus très instables, mais sans danger imminent apparent au moment de l'évaluation, des individus manifestement malades, que l'on veut admettre en unité de soin, mais qui refusent catégoriquement tout traitement.

La difficulté avec ces utilisateurs, c'est qu'ils demandent beaucoup de services, mais n'en acceptent aucun ; et pourtant ils en ont cruellement besoin. Leur dynamique de méfiance extrême les entraîne à utiliser tous les leviers dont ils disposent pour mettre fin au processus qu'ils ont eux-mêmes initiés, mais qu'ils ne peuvent entièrement contrôler. Ce qui est inévitable ; l'action humaine peut être initiée, mais jamais entièrement contrôlée. Ce qui est encore plus vrai dans le cadre d'une relation d'aide inscrite à l'intérieure d'une institution fortement structurée et hiérarchisée comme l'urgence d'un centre hospitalier.

Or les systèmes d'urgence médicale ne semblent disposer d'aucun mécanisme efficace, leur permettant de réguler ces situations. Évidemment l'individu qui a besoin de soins, mais qui refuse le traitement ne s'oriente pas pour autant dans un processus de rétablissement ou plus modestement d'apaisement, loin de là ; il s'enfoncé davantage dans la crise et fini par revenir à l'urgence, mais cette fois plus détérioré. Le même scénario peut se répéter plusieurs fois avant de trouver une issue dans un système beaucoup plus contraignant : le système pénal.

Cette dynamique peut être comprise comme un problème de régulation du système de santé. Et c'est seulement à ce niveau que l'on peut raisonnablement espérer améliorer les choses.

## **6,5- Des trajectoires parfois surprenantes**

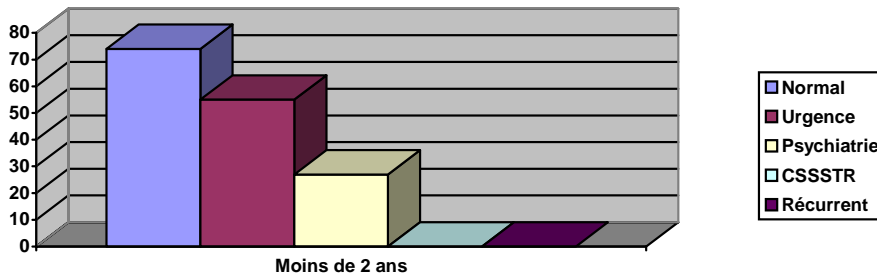
### *Les constats*

LE PROFIL DES TRAJECTOIRES DIFFÈRE D'UN GROUPE À L'AUTRE ; IL FALLAIT S'Y ATTENDRE. TOUTEFOIS, CES DIFFÉRENCES VIENNENT ROMPRE L'IMPRESSION DE CONTINUITÉ ORDONNÉE OU PROGRESSIVE D'UN GROUPE À L'AUTRE QUE NOUS AVONS OBSERVÉE AU NIVEAU DES AUTRES PROFILS.

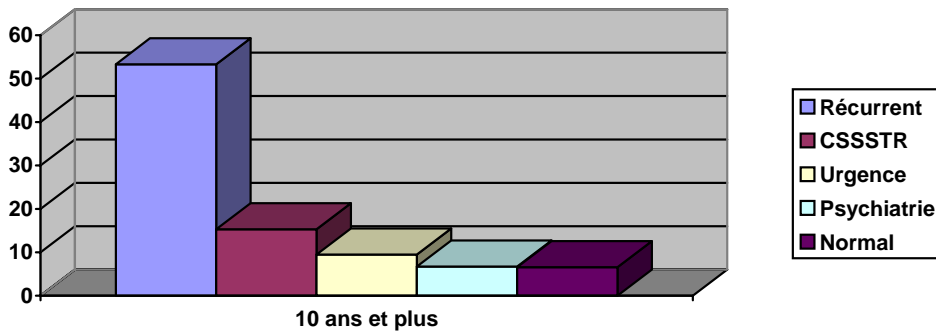
LE PROFIL DES TRAJECTOIRES DU GROUPE « URGENCE » S'APPROCHE DU PROFIL DU GROUPE « NORMAL » AVEC DES TRAJECTOIRES MAJORITAIREMENT DE COURTES DURÉES.

CE QUI RAPPROCHE LES UTILISATEURS RÉFÉRÉS PAR L'URGENCE DES UTILISATEURS RÉCURRENTS, CE SONT LES NIVEAUX ÉLEVÉS DE FRÉQUENCE ET D'INTENSITÉ D'UTILISATION.

ALORS QUE LE PROFIL DE TRAJECTOIRE DU GROUPE «CSSSTR», CONTRE TOUTES ATTENTES, RESSEMBLE AU PROFIL DE TRAJECTOIRE DU GROUPE « RÉCURRENT », AVEC DES TRAJECTOIRES DE TRÈS LONGUES DURÉES PLUS NOMBREUSES.

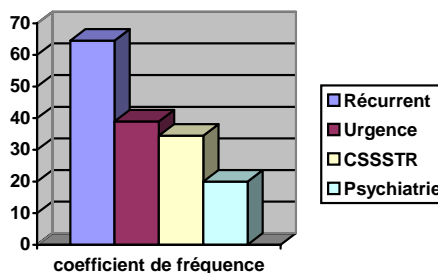


Le graphique ci-haut montre bien le poids de chacun des groupes dans les trajectoires de courtes durées (moins de deux ans). Les utilisateurs du groupe «Normal» sont clairement les plus nombreux dans cette catégorie ; ils sont près de 75%. Le groupe le plus proche d'eux, ce sont les utilisateurs de l'urgence ; près de 55% sont dans cette catégorie. À l'autre bout, et c'est ça qui est surprenant, les groupes «Récurrent» et «CSSSTR» n'ont aucun utilisateur dans cette catégorie. Il y a donc beaucoup plus de nouveaux utilisateurs chez les personnes référées par l'urgence. À l'opposé tous les utilisateurs référés par le CSSSTR étaient déjà venus en hébergement d'urgence.

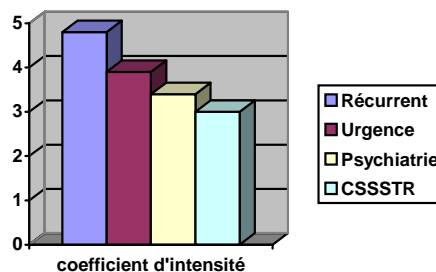


Le tableau ci-haut nous permet de voir la répartition des utilisateurs qui ont des trajectoires de dix ans et plus. Ici le portrait se renverse ; ce sont les utilisateurs récurrents qui sont de loin les plus nombreux dans cette catégorie. Plus de la moitié (55%) d'entre eux utilisent les services d'urgence sociale depuis au moins dix ans. Ils sont suivis par les utilisateurs du CSSSTR. Mais l'écart se creuse. Le groupe d'utilisateurs récurrents pèse beaucoup plus lourd dans cette catégorie. Il apparaît comme un groupe nettement distinct des autres à cet égard. Même si les utilisateurs du CSSSTR sont plus nombreux dans cette catégorie, on ne peut pas dire que le groupe se détache véritablement des autres ; ils se suivent tous, à l'exception des utilisateurs récurrents.

Le coefficient de fréquence et une mesure annuelle d'utilisations des services. Ce coefficient s'interprète ainsi : En moyenne, les utilisateurs récurrents qui ont des trajectoires de très longues durées ont utilisé les services d'urgence au moins six ans sur dix. Certains sont venus à tous les ans, alors que d'autres ne sont venus que trois ans sur dix. Encore ici on voit que le groupe «Récurrent» se détache des autres. Mais il faut noter que le groupe «Urgence» devance ici aussi les utilisateurs des autres groupes. Si on regroupe toutes les catégories, à l'exception des courtes durées, la même tendance se maintient, sauf que l'écart se rétrécit entre les utilisateurs récurrents et ceux de l'urgence.



Le coefficient d'intensité mesure la moyenne du nombre de séjours au cours d'une même année. Ainsi les utilisateurs référés par l'urgence font en moyenne 4 demandes d'hébergement d'urgence dans les années où ils utilisent les services. En comparaison, les utilisateurs récurrents en font 5 et les utilisateurs du CSSSTR en font 3.



Nous pouvons conclure que tant au niveau de la fréquence que de l'intensité de l'utilisation, les utilisateurs de l'urgence sont plus près des utilisateurs récurrents. Toutefois, ils se distinguent nettement au niveau de la durée de leurs trajectoires qui sont beaucoup plus courtes. À cet égard, ils sont beaucoup plus proches du groupe «Normal». Ce sont les utilisateurs du CSSSTR qui sont ici plus près des utilisateurs récurrents.

### Interprétation

Les utilisateurs du CSSSTR ne sont pas nouveaux ; ils ont déjà été dans l'impasse de la rupture sociale. Et cela, pour plusieurs, depuis plusieurs années. Mais, comparativement aux autres utilisateurs, cette impasse est plutôt situationnelle. Ils ont des périodes de stabilité plus longues avant qu'un événement vienne les faire basculer à nouveau dans la rupture. Ils se reprennent en main aussi plus rapidement que les autres utilisateurs. On peut penser qu'ils ont des ancrages sociaux et/ou familiales malgré tout plus solides que les autres utilisateurs.

Les utilisateurs de l'urgence, nous l'avons vu, comptent beaucoup plus de nouveaux. Ils sont aussi plus jeunes : beaucoup de jeunes hommes dans la vingtaine. Ils ont des problèmes multiples et complexes, souvent graves. Ils font aussi un usage difficile de l'hébergement d'urgence ; ils se font expulser et ont souvent des restrictions de séjour. Les temps de stabilité en dehors des situations de ruptures sont relativement courts. Ce qui indique une errance plus profonde et plus difficile à quitter. Du moins les risques sont

ici beaucoup plus élevés de s'ancrer dans la rupture sociale et la récurrence d'utilisation des services d'urgence. Il y a moins d'appui au niveau social et familial. La rupture est plus profonde et le rétablissement plus difficile.

## Conclusion

Nous allons conclure cette enquête en trois temps : en rappelant d'abord les cinq principaux constats auxquels nous sommes parvenus, ensuite, par quelques remarques autour de la récurrence de l'utilisation des services d'urgence et, finalement, par une exploration des limites de notre entreprise.

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

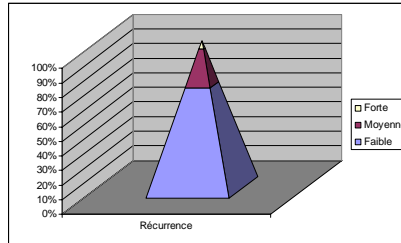
1. Sur le long terme, les utilisateurs référés par le CHRTR et le CSSSTR représentent 16% des utilisateurs, mais utilisent 21% des services ; ce sont les utilisateurs récurrents qui pèsent lourdement sur les services : ils comptent pour 5% des utilisateurs, mais 33% des services, alors que les utilisateurs du groupe «Normal» représentent 80% des utilisateurs, mais utilisent seulement 46% des services ;
2. Ce ne sont pas les mêmes individus qui sont référés par l'urgence, la psychiatrie et le CSSSTR ;
  - a. 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 ;
  - b. Les utilisateurs de la psychiatrie sont plus nombreux à être originaires de la Mauricie ;
  - c. Les utilisateurs du CSSSTR comptent plus de femmes, sont plus âgés et moins scolarisés ;
3. La co-morbidité est beaucoup plus élevée chez les utilisateurs de la psychiatrie, de l'urgence ainsi que du groupe «Récurent» (66%) que chez tous les autres utilisateurs (22%) ; ce qui indique une forte relation entre la co-morbidité et la récurrence de l'utilisation des services d'urgence ;
  - a. Si on ajoute les problématiques pénales et suicidaires à la co-morbidité alors les utilisateurs des groupes «Urgence» et «Récurent» se rapprochent (33%) et se distinguent des autres utilisateurs (12%) ;
4. 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 ;
  - a. Dans l'ensemble des utilisateurs les niveaux de récurrence se répartissent ainsi : faible : 70% ; moyenne : 25% ; forte : 5% ;
  - b. Chez les utilisateurs de la psychiatrie et de l'urgence elles se distribuent ainsi : faible : 38% ; moyenne : 43% ; forte : 18% ;

5. Les trajectoires d'usage sont beaucoup plus longues chez les utilisateurs récurrents (55% vs 7% chez l'ensemble des utilisateurs) ;
  - a. Elles sont aussi plus longues chez les utilisateurs du CSSSTR, mais elles sont moins fréquentes et moins intenses ;
  - b. Elles sont plus courtes chez les utilisateurs de l'urgence, mais plus fréquentes et plus intenses.

### Remarques autour de la récurrence

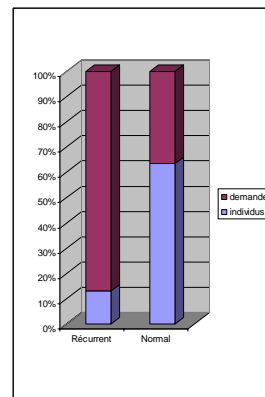
Nous allons clore cette enquête par quelques remarques autour de la récurrence.

Contrairement à la croyance commune, les individus qui ont un niveau élevé de récurrence ne représentent que 5% de l'ensemble des utilisateurs de l'hébergement d'urgence. Mais ce sont généralement les individus les plus visibles. D'ailleurs, 55% d'entre eux utilisent les services d'urgence depuis plus de 10 ans. Ce sont des individus bien connus, mais qui ne représentent qu'une très petite minorité des utilisateurs.



Notre enquête a révélé que les utilisateurs référés par l'urgence et la psychiatrie avaient un niveau de récurrence trois fois plus élevé que les autres utilisateurs. Ce qui montre une plus forte concentration d'utilisateurs récurrents ou à risque de récurrence parmi ces deux groupes. Mais replacés dans l'ensemble des utilisateurs, ils ne représentent qu'une petite minorité. Mais une minorité qui demande beaucoup de services.

Si les utilisateurs récurrents représentent une petite minorité d'individus, ils occupent une place beaucoup plus importante au niveau de l'utilisation des services. C'est ce que montre le graphique ci-contre : 5% des utilisateurs récurrents utilisent 33% des services, alors que les autres utilisateurs représentent 80% des utilisateurs, mais n'utilisent que 46% des services.



Mais ce qui distingue le plus ces utilisateurs de tous les autres ressorts clairement de notre enquête : c'est la co-morbidité, santé mentale et dépendances. C'est une des corrélations les plus fortes et franches : 73% des utilisateurs récurrents ont un problème de comorbidité, alors que seulement 12% des autres utilisateurs ont aussi un problème de co-morbidité. C'est six fois plus.

Toutefois, les utilisateurs récurrents ne forment pas un groupe homogène ; à partir des données de notre enquête, le contour d'au moins deux figures distinctes apparaît parmi ces utilisateurs. La première de ces figures est dominée par la co-morbidité. Ces utilisateurs ont un problème plus ou moins central de dépendance associé à un problème de santé mentale. Ils utilisent beaucoup la psychiatrie. De là, ils peuvent être référés en hébergement d'urgence. Généralement leur séjour se déroule bien ; ils s'adaptent

relativement facilement au cadre d'hébergement. Ils font un usage plus ou moins régulier des services, mais qui se déroule relativement bien. Ils utilisent les services pour se réorganiser et arrivent généralement à le faire assez bien. Malheureusement, cette réorganisation ne tiendra pas toujours, ni longtemps dans certains cas.

Le contour de la seconde figure révèle des traits plus difficiles. Ces utilisateurs ont un rapport particulier avec la violence ; ils ont aussi des problèmes de co-morbidité, mais s'ajoute à ces problèmes des difficultés d'ordre pénales ; ils présentent aussi des risques suicidaires beaucoup plus élevés que les autres utilisateurs. L'usage qu'ils font des services d'urgence n'est peut-être pas plus fréquent que celui des autres utilisateurs récurrents, mais il est plus difficile, c'est certain. Or cette figure de la récurrence apparaît seulement dans les groupes «Urgence» et «Récurent» ; elle est absente de tous les autres groupes, y compris le groupe d'utilisateurs référés par la psychiatrie.

### ***Exploration des limites de notre enquête***

Pour terminer ces remarques sur la récurrence et conclure cette enquête sur les utilisateurs de l'hébergement d'urgence, nous allons explorer brièvement les limites de notre entreprise à trois niveaux : celui de la méthode, celui de l'objet et le niveau du propos.

Nous dirons peu de choses sur les limites liées à la méthode, puisque nous avons déjà abordé cette question en introduction. Nous allons simplement rappeler deux choses : l'utilisation exclusive des informations contenues dans la base de données du Centre Le Havre pose d'emblée une limite à notre enquête ; y apparaît seulement ce qui transite par l'hébergement d'urgence. On peut peut-être deviner, mais on ne voit pas l'utilisation qui est faite des services référents, lorsqu'ils ne transitent pas par l'hébergement d'urgence. C'est une limite certaine. Par ailleurs, cette limite affecte plus le portrait des trajectoires d'usage que les profils des utilisateurs. Deuxièmement, l'analyse de données exclusivement quantitatives ne permet pas de s'approcher de l'expérience vécue et de comprendre la signification des comportements des individus ; ce que nous voyons apparaître ce sont des figures abstraites et anonymes ; ce ne sont pas des personnes avec leur présence au monde, mais des individus qui n'ont d'autres existences que celle que leur confère la représentation que nous pouvons élaborer d'eux. Les personnes ont une existence propre, indépendante des représentations que nous nous faisons d'elles ; elles doivent exister par elles-mêmes. Or si on veut explorer et comprendre cette capacité d'être par soi-même, ce pouvoir d'agir par lequel l'individu prend ou ne prend pas sa place, on ne peut se limiter exclusivement aux figures issues de l'analyse des données statistiques. Il faut interroger la signification de l'agir et du souffrir de l'individu comme personne ayant à prendre sa place dans un monde. Et notre enquête s'arrête au seuil de cette exploration.

La deuxième limite que nous allons explorer est liée à l'objet de notre enquête : les utilisateurs de service. D'emblée, il faut le reconnaître : les «utilisateurs» de notre enquête ont une vie en dehors de l'utilisation qu'ils font des services. En d'autres mots, leur vie ne se résume pas à l'usage qu'ils font des services que nous leur offrons. Or notre enquête laisse complètement dans l'ombre tout ce qui est en dehors des services : la vie

relationnelle et affective, la dimension économique de leur vie, c'est-à-dire leurs liens avec le marché du travail, leur source de revenu ou, plus largement leur mode de participation sociale ; elle laisse aussi dans l'ombre les modes d'habitation matérielle et symbolique de l'individu. C'est certain que l'usage que les individus font des services nous procure un éclairage particulièrement lumineux et suggestif sur leur fragilité et leur vulnérabilité, mais on ne peut ignorer l'importance des autres domaines d'existence de l'individu ; c'est seulement dans cet horizon élargi à l'ensemble des domaines où prend racine la vie de l'individu que l'on peut mesurer l'ampleur et la profondeur de son déracinement et comprendre la signification de sa fragilité et de sa vulnérabilité, ainsi que l'usage qu'il fait des services. Cela étant dit et reconnu, nous pouvons maintenir qu'à travers l'usage que les individus font des services se révèle en creux la figure de la fragilité de son enracinement et, par là, de sa vulnérabilité à la rupture et à la désaffiliation sociale.

La troisième limite concerne le propos de notre enquête. À travers l'usage qu'ils font des services nous faisons apparaître les caractéristiques des individus : leur profil sociodémographique, le profil de leur usage et de leur trajectoire à l'intérieur des services ; nous faisons ainsi apparaître en creux la fragilité de l'inscription sociale et la vulnérabilité des individus à la rupture. Mais nous ne disons rien sur les pratiques, les services et les modèles d'organisation dont il est fait ici usage ; ils sont comme occultés à l'intérieur de notre propos qui porte exclusivement sur les utilisateurs. Ce sera l'objet d'une prochaine étude de mettre en lumière l'autre côté de la médaille : celui des services, des pratiques qui s'y déroulent et des modèles qui les inspirent.

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

# Projet CCNU sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières

## Quelques pistes en vue d'un plan d'action pour la période 2008-09

Juin 2008

### TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ « EXÉCUTIF » DU DOCUMENT .....</b>	<b>2</b>
<b>COMMENTAIRES GÉNÉRAUX .....</b>	<b>4</b>
<b>QUELQUES RECOMMANDATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL .....</b>	<b>5</b>
<b>MESURES SOUS LA JURIDICTION DU CHRTR.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Amélioration de la capacité de l'équipe de la salle d'urgence de prendre les décisions concernant les patients en SM.....</b>	<b>8</b>
a. 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.....	8
b. 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.....	9
c. Améliorer la gestion des processus pour les patients couchés sur civière.....	12
<b>2. Diminution de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les patients psychiatriques. ....</b>	<b>15</b>
<b>MESURES SOUS LA JURIDICTION DU CSSS-TR ET DES ACTEURS DE SON RLS .....</b>	<b>16</b>
<b>1. Améliorer la prise en charge des patients SM en amont de la salle d'urgence.....</b>	<b>16</b>
<b>2. Améliorer la prise en charge des patients en SM en aval de la salle d'urgence. ....</b>	<b>18</b>

## **Résumé « exécutif » du document**

Certaines des suggestions émises ne sont pas liées directement à l'application des mesures incluses au PASM. Lorsque tel est le cas, elles dépassent le mandat encadrant les activités du projet pilote. Nous les avons malgré tout mentionnées parce qu'elles pourraient s'avérer utiles pour des acteurs œuvrant à d'autres niveaux d'intervention et soucieux d'améliorer la DMS. Également, si jugée opportune, une modification du mandat du projet pilote pourrait être considérée à la lumière de ces « pistes de solutions » suggérées.

### **Commentaires généraux :**

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) :

- 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.
- 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. :
- Les difficultés entraînées par la pénurie des effectifs médicaux sur le territoire du CSSS-TR.

### **Recommandations d'ordre général concernant la poursuite du projet pilote :**

- 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.
- Diverses options à considérer :
  - Utilisation des TI et des moyens de communication.
  - Algorithmes facilitant la prise de décision.
  - Loi 90 et loi 50 : interdisciplinarité et autonomie professionnelle.
  - Soins partagés.
  - Révision minutieuse des processus.
  - Mise en œuvre des bonnes pratiques selon les données probantes.
  - Aligner les services sur les besoins des patients.

**Mesures sous la juridiction du CHRTR :**

1. Amélioration de la capacité de l'équipe de la salle d'urgence de prendre les décisions concernant les patients en SM :
  - a. 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.
  - b. 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.
  - c. Améliorer la gestion des processus pour les patients couchés sur civière.
2. 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, celui du CSSS-TR que des partenaires concernés du RLS.

**Mesures sous la juridiction du CSSS-TR et des acteurs de son RLS :**

1. 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.
2. 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 CSSS-TR et les partenaires du RLS.

## Commentaires généraux

Grosso modo, le mandat du projet pilote indiquait de mettre en œuvre les mesures prévues par le plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 susceptibles d'améliorer la durée moyenne de séjour (DMS) des cas de la catégorie diagnostique santé mentale (SM) à la salle d'urgence du CHRTR. Au terme de cette première année d'activités du projet pilote, force est de constater que **plusieurs déterminants importants de la DMS ne relèvent pas directement de l'implantation du PASM**. Nous mentionnons les suivants :

- **Environ 20% à 30% des cas catégorisés en SM ne sont pas du ressort du programme de la santé mentale.** Nous pensons ici en particulier aux cas de toxicomanie, aux syndromes cérébraux organiques (SCO) et aux intoxications médicamenteuses.  
Toutefois, étant donné qu'un tel constat est surtout fondé sur la simple analyse des données informatisées, la réalité clinique est certainement plus complexe et nuancée.
- **Plusieurs déterminants cruciaux de la DMS relèvent 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.**
  - La performance de la DMS est fortement tributaire des délais suivants : la demande de consultation et sa réalisation (13.8h), la demande d'admission et l'attribution d'un lit (7h) et l'attribution d'un lit et le départ de la salle d'urgence (1.6h). Notons que ces délais reflètent la moyenne de l'ensemble des cas vus à la salle d'urgence et ne reposent pas sur des données propres à la SM.
  - Le nombre de cas relativement élevés des DMS > 24 heures (25.8%, DMS : 38.1h) et des DMS > 48 heures (5.3%, DMS : 60.5h). Il s'agit des données disponibles à P-10 de l'année 2007-08.
  - La forte tendance à « *coucher sur civière les cas SM* », soit dans 80% des cas (en province, la moyenne se situe à 70%).
  - Les patients de la catégorie SM bénéficient d'une consultation en spécialité à raison de 2 à 3 fois plus souvent que les cas relevant de ce que nous avons appelé les « *toutes les catégories diagnostiques confondues* » (TCDC).
- **La pénurie des effectifs médicaux**, autant concernant les omnipraticiens que les médecins psychiatres, crée des embûches à une organisation optimale d'un réseau des soins intégrés en santé mentale.

Dans le contexte de l'organisation des services sur le territoire du CSSS-TR, étant donné que les déterminants principaux de la DMS n'ont que des liens ténus avec les composantes du PASM, **on ne peut pas espérer à court terme un impact significatif du projet pilote sur la DMS.**

## Quelques recommandations d'ordre général

Voici **quelques recommandations** qui s'imposent d'emblée :

- En fonction de l'envergure des opérations envisagées, il faudra s'assurer que l'Agence et ses partenaires disposent des ressources humaines nécessaires pour mener à terme l'entreprise. À ce sujet, **une partie de la somme allouée par le MSSS (autour de 400,000\$) pourrait être investie pour engager un gestionnaire de projet.**
- **Concernant les mesures**, qui seront éventuellement proposées dans un plan d'action encadrant la poursuite du projet pilote, on devrait **retrouver concernant chacune d'elle l'information suivante** :
  - o Le ou les **indicateurs de performance** utilisés pour évaluer le résultat attendu.
  - o Le **décal** pour l'atteindre la cible.
  - o Les **moyens mis en branle** pour implanter la mesure de même que leur planification séquentielle.
  - o Identifier précisément les **acteurs imputables et leur rôle respectif**. Préciser le contenu de la **reddition de compte** à soumettre et l'échéance pour ce faire (possibilité de rapports d'étape)
  - o Le **coût** : planification financière.
  - o **L'impact anticipé sur chacune des cibles du MSSS** : le résultat attendu par la mise en œuvre de la mesure pourra souvent être calculé avec précision.
- **Le MSSS pourrait être mis à contribution de façon plus étroite** : partager les impasses et solutions, solliciter son expertise au besoin, solliciter son appui pour atteindre les résultats (exemple : octroi d'un psychiatre dépanneur qui pourrait agir à titre de psychiatre répondant ou couvrir de plus grande plage horaire à la salle d'urgence), etc. **Cette collaboration plus étroite avec le MSSS apparaît d'autant plus pertinente avec la récente création d'une « direction nationale des urgences »** (sous l'autorité de la direction générale des services de santé et de médecine universitaire au MSSS).
- En collaboration avec la direction de la santé mentale (DSM) et la nouvelle direction nationale des urgences du MSSS, **les diagnostics entrant dans la catégorie SM devraient être précisés**. Une cohérence entre cette classification et la capacité du PASM d'avoir un impact sur ces patients est souhaitée. La façon de colliger les données, les actions posées dans le cadre du projet pilote, les indicateurs de performance et les prochaines cibles seraient ajustés en conséquence.

- **L'accès à l'expertise médicale**, une pierre d'achoppement centrale en santé mentale à Trois-Rivières, **devrait recevoir une attention soutenue des autorités concernées**. Voici certaines actions qui pourraient être posées :
  - o Évaluer les besoins médicaux, sur la base de la littérature scientifique et des opinions émises par les autorités concernées, autant en spécialité psychiatrique au CHRTR qu'en termes d'omnipraticiens au sein de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne.
  - o Sensibiliser le DRMG et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée aux solutions possibles. Solliciter leur appui.
  - o Faire appel à une banque de psychiatres dépanneurs. Cibler les objectifs apparaissant les plus pressants, dont peut-être les suivants : psychiatre répondant, hôpital de jour au CHRTR, omnipraticiens dans l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne, etc.
  - o Établir une politique plus vigoureuse de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre médicale en santé mentale, autant au CHRTR, au CSSS-TR que sur le territoire du CSSS-TR.
  
- **Les diverses options suivantes, énumérées en vrac et sans égard à leur faisabilité, pourraient être considérées comme outil ou stratégie pour améliorer la situation :**
  - o **Technologies assurant la communication et la coordination.**

Exemples : accès immédiat à la cartographie des points de service où le patient reçoit déjà une assistance (SIV, CIC, clinique externe de psychiatrie, le havre, etc.), dossier médical informatisé commun, etc.
  - o **Algorithmes** pour aider à la décision. Ex : critères pour référer au guichet d'accès en SM du CSSS-TR à partir de la salle d'urgence du CHRTR.
  - o **Utiliser l'interdisciplinarité à son maximum :**
    - Mise à contribution de la **loi 50** (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines) et la **Loi 90** (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé) : favoriser l'autonomie professionnelle et l'enrichissement des rôles.
    - **Soins partagés.**
  - o **Révision minutieuse des processus.** Une observation « *in vivo* » des processus en cours (Ex. : durant les quarts de travail jour / soir / nuit à la salle d'urgence du CHRTR; découpage des activités de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne dans le but de mieux comprendre son organisation du travail, etc.) de même que des rencontres avec les acteurs clefs (incluant les patients) seraient avantageuses. Objectifs : **identifier les**

**rouages efficaces et ceux qui nécessitent un redressement, réviser radicalement au besoin certaines pratiques.**

- o **Mise en oeuvre des bonnes pratiques selon les données probantes.** Alliances possibles : les autres centres soumis aux exigences du même projet pilote (possibilité de codéveloppement), s'adjoindre les instituts universitaires de psychiatrie (ils ont pour mission de soutenir l'implantation des bonnes pratiques et des politiques ministérielles au Québec), etc. Mettre en place des mécanismes adéquats de transfert de la connaissance.
- o **Protocoles de soins structurés** favorisant l'atteinte des objectifs.
- o **S'assurer que les services sont alignés sur les besoins de la clientèle.**
- o **Lors du congé du patient à partir de la salle d'urgence : assurer la transmission adéquate de l'information.** Ex. : remise au patient de l'information pertinente le concernant (outil informatisé déjà formaté...un dépressif recevrait un cahier d'information sur le sujet), avis envoyé au médecin traitant et aux intervenants impliqués. En somme, il faut s'assurer de **gérer la chaîne logistique dans un esprit de collaboration, de partenariat et dans un but d'efficience / efficacité.**
- o **Utilisation des ressources communautaires.** Faire connaître les mécanismes d'accès et les intégrer dans la pratique courante de la salle d'urgence.

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

**N.B. : CERTAINES DES SUGGESTIONS QUI SUIVENT NE SONT PAS LIÉES DIRECTEMENT À L'APPLICATION DE MESURES INCLUSES AU PASM. LORSQUE TEL EST LE CAS, ELLES DÉPASSENT LE MANDAT ENCADRANT LES ACTIVITÉS DU PROJET PILOTE. NOUS LES AVONS MALGRÉ TOUT MENTIONNÉES AU PRÉSENT RAPPORT PARCE QU'ELLES POURRAIENT S'AVÉRER UTILES POUR DES ACTEURS OEUVRANT À D'AUTRES NIVEAUX D'INTERVENTION ET SOUCIEUX D'AMÉLIORER LA DMS.**

### **Mobilisation des acteurs clefs :**

- Ceux assumant des responsabilités dans la gestion des civières et des lits pour les patients de la catégorie SM.
- Ceux ayant la légitimité nécessaire et le leadership souhaité pour effectuer les changements envisagés.

La mobilisation de ces acteurs, soutenus par la haute direction du CHRTR, constitue un facteur de clef de succès dans la réduction de la DMS.

### **1. Amélioration de la capacité de l'équipe de la salle d'urgence de prendre les décisions concernant les patients en SM.**

#### **a. 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.**

**But :** Diminuer le nombre de cas couchés sur civière tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins offerts.

#### **Indicateurs :**

- *Diminution du % des cas couchés sur civière.*
- *Diminution du % de civières de la salle d'urgence occupées par des patients en SM.*

#### **Cibles suggérées :**

- Diminuer de 80% à 70% de cas « civière » (soit la performance du CSSSAE).

- Diminuer de 11.3% (performance du CHRTR en 2006-2007) à 9% (en 2006-07, CSSSAE affichait un taux moyen de 7.7%) le taux de civières de la salle d'urgence occupées par les cas SM.

**Moyens pouvant être considérés :**

- Formation du personnel du triage. Programme de formation court et facile à répliquer dans un contexte de « turn-over », semble-t-il important, du personnel du triage.
- Objectiver le taux de turn-over du personnel et mettre en place des mesures, si jugé indiqué, pour assurer une meilleure stabilité. Prévoir des indicateurs pour évaluer l'impact des mesures implantées sur le turn-over des RH au triage.
- Mettre à niveau l'ETG (échelle de triage et de gravité). Levier de changement : Possibilité d'un projet de recherche à mener avec une équipe de l'institut universitaire en psychiatrie Douglas (Mario Fortier, gestionnaire conseil à la continuité des services au Douglas, Jean-Pierre Bonin, professeur à U de M, Louise Rock, professeure à l'UQTR).
- Optimiser et uniformiser l'appréciation clinique des priorités P1 à P5.
- Prévoir des mécanismes pour réévaluer, pendant l'épisode de soins, la priorité des patients afin de s'assurer qu'elle corresponde toujours à la condition clinique.

**b. 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.**

**But :** Raccourcir la DMS en évitant de diriger le patient vers un séjour sur civière ou vers une consultation en psychiatrie (ces dernières trajectoires génèrent de longues DMS).

**Indicateurs :**

- *Diminution du % des cas couchés sur civière.*

**Cible suggérée :** passer de 80% (performance 2006-07 au CHRTR) à 70% de cas « civière » (70% étant la performance du CSSSAE et celle de la province). Il s'agirait d'une diminution de 12.5% du nombre de civières utilisées par les cas SM (pour rejoindre la moyenne des TCDC, il faudrait une diminution de 50%).

- *Diminution du % du nombre total de civières occupées par les cas SM. Au CHRTR en 2006-07, il se chiffrait à 11.3% des civières (pour 5.5% du volume total de visite à la salle d'urgence).*

**Cible suggérée :** Occuper 10 % du nombre total des civières à la salle d'urgence (soit une baisse de 12.5% par rapport au taux 11.3% affiché en 2006-07)

- *Diminution du % des cas dirigés pour une consultation en psychiatrie.*

**La catégorie SM exige 2 à 3 fois plus de consultations en spécialité que les TCDC.** Par exemple, en 2006-07 au CHRTR, le % du volume total de visites représenté par la SM était de 5.55% alors que ces cas consommaient 10.64% à 12.2% des consultations à la salle d'urgence. Au CSSSAE, le % du volume total de visites représenté par la SM était de 3.32% alors que ces cas consommaient 8.38% des consultations à la salle d'urgence.

Par exemple, pour les 7 premières périodes 2007-08, **51.6% des cas de la catégorie diagnostique 1900 (maladies et troubles mentaux) étaient dirigés en consultation à un psychiatre et représentaient 75% du volume total de consultations en psychiatrie effectuées (soit la grande majorité).** Notons que, à ce jour, nous n'avons pas accès à des benchmarks provinciaux pour mettre en perspective ces chiffres.

**Cibles suggérées :**

- Diminution du quotient « % du volume total de consultations en spécialité médicale / % du volume total de visites à la salle d'urgence représenté par la catégorie SM » de 2 à 1.5.
  - Diminution de 51.6% à 40% le nombre de consultations demandées en psychiatrie pour les cas de la catégorie Dx 1900.
- *Augmentation des références effectuées directement par le personnel de la salle d'urgence aux différentes ressources aménagées pour assurer la prise en charge adéquate des patients en externe.*

**Cibles suggérées :** les indicateurs sont à construire.

Exemples : Construire et maintenir à jour un tableau de bord des cas référés à des cliniques externes d'évaluation semi-urgente (en 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne), aux intervenants désignés « suicide », à l'hôpital de jour, au SIV, à l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale, etc.

- *Augmentation des cas « civière » qui sont admis.*

Le CHRTR admet moins les cas civières (30%) que d'autres établissements (province : 34.1%, région : 38.4%, CSSSAE : 43.8%). Il est raisonnable de penser que si la 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence prend plus de décisions concernant la prise en charge des patients et leur référence vers des ressources externes, la condition clinique plus sérieuse des patients sur civière (ils seront toutefois relativement moins nombreux) sera plus

compatible avec une admission hospitalière. En conséquence, on devrait assister à une augmentation des cas civils admis.

**Cible suggérée** : Le % de cas admis devrait passer de 30% à autour de 40% (soit grosso modo la performance de la région et du CSSSEA).

#### **Moyens :**

- Le temps alloué au triage étant court (quelques minutes) et le but étant uniquement d'établir la priorité, **envisager d'enclencher rapidement des procédures d'évaluation afin de préciser la nature de la demande du patient, sa condition clinique et les mesures pouvant être prises à court terme** pour accélérer le processus. Exemples :
  - Protocole d'auto-évaluation.
  - Formation du personnel de la salle d'urgence, y compris les médecins. Thèmes potentiellement abordés : connaissance des différents leviers et services accessibles pour prendre des décisions, soins et traitements des urgences psychiatriques, évaluation du risque suicidaire, etc.
  - Ajout de personnel en support pour former et « coacher » le personnel de la salle d'urgence (7 jours / semaine et 24 heures / jour).
  - Élargir l'autonomie professionnelle via la loi 90 et la loi 50.
- **Aménager des voies de sortie** pouvant être utilisées directement par le personnel et les médecins de la salle d'urgence. Assurer une communication et une coordination efficace entre les acteurs concernés.

Le personnel de la salle d'urgence devrait être habilité à diriger directement les patients vers les voies de sortie suivantes qui seraient sous la compétence du CHRTR :

- Clinique externe de psychiatrie semi-urgente.
  - Hôpital de jour.
  - Service d'hôtellerie pour les gens qui demeurent à distance et qui doivent se présenter fréquemment, durant une semaine, à l'hôpital de jour ou à d'autres services externes.
  - Intervenants désignés suicide 2<sup>e</sup> ligne.
  - Accès à un ou des foyers de dépannage. Ex. : accès rapide à la maison Poirier / Lanteigne. Créer des liens entre le foyer de dépannage et les équipes SM (1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> ligne) afin d'assurer une prise en charge et de prévenir que le patient revient à la salle d'urgence.
- Au sujet des voies de sortie de la salle d'urgence, cf. plus bas les « mesures sous la compétence du CSSS-TR ». Dans un tel contexte, on devra porter une attention particulière à **formaliser des ententes contractuelles qui garantissent des liens organiques fluides entre la salle d'urgence et ces autres fournisseurs de soins.**

### **c. Améliorer la gestion des processus pour les patients couchés sur civière.**

Il est impérieux de bien **cerner les rouages des processus en jeu qui posent problèmes si on veut que les correctifs apportés portent ses fruits.**

Quelques exemples parmi d'autres :

- Les agents de sécurité affectés à la « surveillance » des patients psychiatriques sont-ils suffisamment formés pour cette tâche? Devraient-ils être remplacés par des préposés formés pour cette fonction? Il est possible que du personnel n'ayant la formation nécessaire pour intervenir fasse usage de mesures inappropriées, peut-être trop coercitives, qui pourraient avoir un impact négatif sur la DMS.
- Étant donné la population du territoire qu'il dessert (environ 220,000 habitants), le CHRTR devrait opérer environ 55 lits (norme de 0.25 lit / 1000 habitants). Selon l'information recueillie, il opère 41 lits en psychiatrie. Il sera intéressant de vérifier si cette réalité se solde par un impact négatif sur la DMS.

Établir un **mécanisme de repérage des cas « porte tournante »** (les banques de données peuvent facilement les identifier) et **mettre en place des interventions qui leur sont spécifiquement destinées.** L'approche envisagée demeure à préciser. But : Répondre à leurs besoins et mettre un terme à leur utilisation répétitive des ressources de la salle d'urgence.

Effectuer une **étude prospective de tous les cas suivants : X > 24 heures et 48 heures.** Une telle analyse a d'ailleurs été utilisée dans un des projets pilotes ayant actuellement cours au Québec.

**BUTS :**

- Préciser les déterminants des durées de séjour prolongées afin d'apporter les correctifs appropriés pour améliorer la performance.
- Suivre l'évolution de différents facteurs, ainsi identifiés, suite à l'implantation de mesures d'amélioration du processus.

Voici une liste non exhaustive de l'information qui pourrait être ainsi colligée :

- Les délais (pour évaluer la performance de différents segments des processus en cours) :
  - Demande de consultation en psychiatrie et consultation effectuée : ventiler le tout en fonction de l'heure de la demande (cette « ventilation » permettrait d'identifier les plages horaires découvertes où la demande est significative).
  - Demande de consultation dans une autre spécialité médicale que la psychiatrie et consultation effectuée : ventiler le tout en fonction de

- l'heure de la demande (cette « ventilation » permettrait d'identifier les plages horaires découvertes où la demande est significative).
      - Demande d'admission et attribution du lit.
      - Attribution du lit et départ du patient.
- Identifier les facteurs causant la prolongation de la durée de séjour pour chacun des cas observés. De façon non limitative, les variables suivantes pourraient être étudiées :
  - Patient « orphelin ou pas »
  - Département d'admission.
  - Diagnostics principaux.
  - Âge du patient.
  - Absence de lit disponible.
  - « Voies de sortie de la salle d'urgence » inopérantes : difficultés à assurer la liaison, l'accès ou la continuité des soins avec les acteurs concernés. Identifier précisément la nature de ces écueils.
  - Conditions cliniques particulières. Ex. : cas d'intoxication aiguë par des drogues de rue traité en salle d'urgence.
  - Facteurs imprévisibles : absence de différents acteurs (agente de liaison absente et non remplacée, psychiatre de garde impossible à rejoindre, etc.), patient « oublié » par le médecin de garde dans la section réservée à la psychiatrie, etc.

Suggestions de moyens pour améliorer la DMS des cas civils et particulièrement pour **réduire les cas X > 24 heures et X > 48 heures.**

- **BUT** : la diminution des cas X > 24 heures et X > 48 heures, de même que la diminution des durées de séjour encourues le cas échéant, auront un impact favorable sur la DMS civile globale. En d'autres mots, **les gains les plus significatifs peuvent être obtenus pour l'atteinte des 4 cibles du MSSS en améliorant la performance au niveau des X > 24 heures et X > 48 heures**

Pour l'essentiel, les solutions envisageables à ce sujet apparaissent liées à la gestion interne du CHRTR et donc de son champ de juridiction exclusif.

- **Indicateurs** : Diminution des délais suivants :
  - Entre le triage et l'admission.
  - Entre l'attribution du lit et l'accès au lit.
  - Entre la demande de consultation en psychiatrie et sa réalisation.
  - Le coefficient « (% des cas civils ayant DMS > 24 heures) \* (DMS de ces cas) » : une diminution serait cohérente avec une meilleure performance.
  - Le coefficient « (% des cas civils ayant DMS > 48 heures) \* (DMS de ces cas) » : une diminution serait cohérente avec une meilleure performance.

Étant donné que le type de département d'admission s'associe à une influence très significative sur la DMS, il est approprié de **mesurer chacun de ces**

**indicateurs en fonction des départements suivants :** UHB, 3D, Médecine générale, départements autres que médecine générale et psychiatrie.

**Cibles suggérées :**

- *Entre le triage et l'admission :* passer de 16.8h (CHRTR en 2006-07) à 13.3 h (région en 2006-07).

N.B. : En 2006-07, province =11.4h et CSSSAE = 6.8h.

- *Entre l'attribution du lit et l'accès au lit :* passer de 9.5 h (CHRTR en 2006-07) à 7.5h (région en en 2006-07).

N.B. : En 2006-07, province =15.1h et CSSSAE = 4.4h.

- *Entre la demande de consultation en psychiatrie et sa réalisation :* la cible est difficile à préciser étant donné qu'il n'y a pas de données comparatives (benchmarks) disponibles + le délai spécifique des consultations en psychiatrie au CHRTR n'est pas connu (on sait que c'était 13.8h pour toutes les spécialités confondues en 2006-07). De façon arbitraire, on pourrait viser 12 h pour les consultations en psychiatrie.

- *Le coefficient « (% des cas civiliers ayant DMS > 24 heures) \* (DMS de ces cas) » :* une diminution serait cohérente avec une meilleure performance. En 2006-07, le CHRTR avait un coefficient de 1023 qui pourrait être ramené à celui de la région au cours de la même période, soit 774 (une baisse de 25%).

En 2006-07, la province avait un coefficient de 1212 et CSSSAE de 235.

- *Le coefficient « (% des cas civiliers ayant DMS > 48 heures) \* (DMS de ces cas) » :* une diminution serait cohérente avec une meilleure performance.

En 2006-07, le CHRTR avait un coefficient de 382 qui pourrait être ramené à celui de la région au cours de la même période, soit 236 (une baisse de 62%).

En 2006-07, la province avait un coefficient de 688 et CSSSAE de 37.

## **2. Diminution de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les patients psychiatriques.**

N.B. Au-delà de la question de la stigmatisation et de la discrimination, des mesures soutenant la mobilisation du personnel de la salle d'urgence et des gestionnaires concernés devront être envisagées. En effet, la culture organisationnelle aura un rôle très important à jouer pour atteindre les résultats attendus. Également, mentionnons que la problématique de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des patients en SM n'est pas propre au CHRTR. Elle est présente à travers tout le réseau de la santé.

**But :** Mobiliser le personnel et les engager activement dans l'amélioration des soins offerts aux patients en SM.

### **Indicateurs :**

- *Outils déjà éprouvés évaluant le climat organisationnel et la disposition du personnel envers leurs activités cliniques.*
- *Amélioration générale de la majorité des indicateurs de performance.*
- *S'il existe, utilisation d'un outil qui évalue le degré de discrimination et de stigmatisation des ressources humaines à l'égard des malades mentaux.*

**Cibles suggérées :** À définir selon les outils utilisés et la stratégie adoptée.

### **Moyens :**

- Prévoir une formation de tous les intervenants impliqués (gestionnaires, triage, réceptionnistes, médecins, psychiatres, personnel de la salle d'urgence, personnel du CSSS-TR etc.) pour les sensibiliser aux conséquences de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les patients psychiatriques : désengagement du personnel traitant, négligence des demandes exprimées par ces patients, défaut de ces patients d'accéder à des soins et services, sentiment d'impuissance des soignants et des patients, tensions et frustrations, etc.
- Mobiliser les directions concernées du CHRTR (salle d'urgence, RH, DSP, etc.) pour prendre les mesures soutenues appropriées : établir une stratégie pour établir un climat organisationnel propice à l'engagement du personnel de la salle d'urgence à améliorer les pratiques entourant les soins et services en SM.
- Engager une firme externe (spécialisée en changement organisationnel) au besoin.

## **Mesures sous la juridiction du CSSS-TR et des acteurs de son RLS**

Le CSSS-TR a la responsabilité d'animer son RLS via un projet clinique et de développer une équipe de 1<sup>re</sup> ligne en SM. Le CSSS-TR constitue donc un pont important entre les ressources de son territoire et le CHRTR. De concert avec le CHRTR, à travers leurs rapports de collaboration, le CSSS-TR joue un rôle clef, autant en aval qu'en amont, pour diminuer le volume de cas en SM à la salle d'urgence et la DMS.

Notons que le territoire desservi par le CHRTR recoupe celui de 4 CSSS. Le CSSS-TR ne peut donc pas être tenu imputable des responsabilités incombant aux autres CSSS.

### **1. Améliorer la prise en charge des patients SM en amont de la salle d'urgence.**

**BUT :** Diminuer le volume de cas SM évalué à la salle d'urgence.

#### **Indicateurs :**

- *Le % représenté par les cas SM du volume total de visites à la salle d'urgence.*

**Cible suggérée :** Diminuer de 5.55% (CHRTR en 2006-07) à 4.5% (n.b. : CSSSAE affichait un taux de 3.52% et la moyenne provinciale était à 4.19% en 2006-07). Il s'agit d'une diminution d'environ 20% de ce 5.55%.

- *Le % de croissance annuelle du volume de cas SM à la salle d'urgence.*

**Cibles suggérées :** Le % de croissance devrait se rapprocher du taux provincial pour les cas SM, soit un taux composé de 7.9% entre 2002-03 et 2006-07 (durant cette période, il était à environ 10% au CHRTR). Comme pour l'objectif de 4.5% ci-haut mentionné (le % représenté par les cas SM du volume total de visite à la salle d'urgence), il s'agirait d'une diminution de 20% du 10% observé au CHRTR entre 2002-03 et 2006-07.

Idéalement, l'organisation de services s'améliorant en SM, le taux de croissance des visites en SM devrait s'aligner sur celui des TCDC. Au CSSSEA, c'est d'ailleurs ce qui s'est produit entre 2002-03 et 2006-07 (taux de croissance globale : 6.1%, SM : 5.8%).

## Moyens :

- Offrir une **gamme de services complète** selon les paramètres établis par le **PASM 2005-2010** et créer un **réseau de services intégrés** sur le territoire du CSSS-TR.
- **Gestion proactive des programmes de soins en SM** : assurer l'accès et la continuité, faire la promotion des programmes auprès des principaux acteurs du RLS (ex : les médecins), etc.

L'établissement de **lignes partenaires** serait utile.

- **Prioriser la mise en œuvre des mesures ayant un maximum d'impact favorable sur la DMS** :
  - **Clinique semi-urgente**, au sein de l'équipe SM de 1<sup>re</sup> ligne, dédiée aux patients référés par la salle d'urgence. But : Voie de sortie de la salle d'urgence permettant à la fois d'assurer des services de qualité tout en favorisant une diminution de la DMS.
  - **Accès facile**, en temps opportun, à un **intervenant désigné suicide** de la 1<sup>re</sup> ligne.
  - **Intervention rapide du SIV à la salle d'urgence** lorsqu'un des patients inscrits au programme s'y présente. But : travailler de concert avec les intervenants de la salle d'urgence afin d'accélérer le processus et réduire la DMS.
- **Intervention de crise** efficace et performante. S'assurer que tout est mis en œuvre pour prêter assistance à la personne en difficulté tout en évitant, autant que cela est raisonnable et possible, qu'elle doive consulter à la salle d'urgence. À ce sujet, l'accès aux ressources appropriées, autant en 1<sup>re</sup> qu'en 2<sup>e</sup> ligne, devrait être garanti.
- Dans le cas de **trajectoire de services plus complexe**, particulièrement lorsque la personne reçoit de l'assistance de différents paliers de soins (RLS, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne), le « **suivi systématique de la clientèle** » pourrait être envisagé.
- **Guichet d'accès** fonctionnel, compétent et performant.
- Formaliser une **entente de services entre le CHRTR et le CSSS-TR** afin d'assurer une gestion efficace et efficiente de la chaîne logistique liée au concept de la hiérarchisation des services.
- **Identifier formellement le centre le Havre et l'Accalmie comme étant des portes d'entrée du système de santé**. But : en collaboration avec ces organismes, établir un arrimage capable d'assurer la prise en charge des patients qui s'y présentent et éviter qu'ils ne doivent consulter à la salle d'urgence.
- Militer en faveur de l'accès à suffisamment de **logements sociaux**. But : limiter l'utilisation de l'urgence pour cause de rupture sociale.
- **Soutenir les acteurs du RLS** afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients en 1<sup>re</sup> ligne. Éléments clefs : Professionnels « répondant », communautarisation des soins et services, psychiatre répondant, guichet d'accès, etc. L'élaboration et la réalisation du projet clinique seront particulièrement cruciales à ce sujet.

- Accès à un ou des **foyers de dépannage**. Ex. : accès rapide à la maison Poirier / Lanteigne. Créer des liens entre le foyer de dépannage et les équipes SM (1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> ligne) afin d'assurer une prise en charge.

N.B. Une gamme d'indicateurs pourrait être développée pour mesurer l'intégration des services et les changements opérés sur le territoire du CSSS-TR.

## **2. Améliorer la prise en charge des patients en SM en aval de la salle d'urgence.**

Un réseau efficace assurera la fluidité nécessaire entre les différents points de services et niveaux de soins requis par les utilisateurs de services. En conséquence, plusieurs des recommandations évoquées pour améliorer la prise en charge des patients par le CSSS-TR et son RLS demeurent pertinentes pour garantir des voies de sortie de la salle d'urgence. La **qualité de la liaison entre la salle d'urgence et l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne du CSSS-TR** apparaît comme un **facteur clef de succès**. Une vigilance assidue des processus en cours permettra d'assurer un niveau optimal de fonctionnement de cette liaison. Une entente de services, entre le CSSS-TR et le CHRTR, pourrait encadrer les éléments fondamentaux de ces liens organiques entre les 2 établissements.

**BUT : Supporter une réduction de la DMS en garantissant une gamme de « voies de sortie »** accessible particulièrement pour le personnel de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence et également pour la 2<sup>e</sup> ligne (le psychiatre et son équipe).

**Indicateurs :** *Augmentation des références effectuées directement par le personnel de la salle d'urgence (1<sup>re</sup> ligne) aux différentes ressources aménagées pour assurer la prise en charge adéquate des patients en externe.*

**Cibles suggérées :** les indicateurs et les cibles sont à construire.

Exemples : Construire et maintenir à jour d'un **tableau de bord des cas référés** vers une gamme de services en 1<sup>re</sup> ligne :

- Clinique externe semi-urgente de l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne (prévoir une disponibilité capable de répondre adéquatement au volume de référence en provenance de la salle d'urgence).
- Intervenants désignés « suicide ».
- SIV.
- Équipe de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale.
- Prévoir une référence possible, par l'équipe de 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence, au guichet d'accès du CSSS-TR 24 heures / jour et 7 jours / semaine. Pour avoir un impact sur la DMS, **le traitement des références des cas, à partir de la salle d'urgence du CHRTR vers le CSSS-TR, doit se faire en temps réel et ne pas souffrir de délai indu ayant un effet négatif sur la DMS.**

Ce tableau pourrait illustrer les délais encourus pour assurer les liaisons et transferts souhaités. Des attentes de performance sont déjà inscrites au PASM.

On devrait tenir une **comptabilisation distincte des cas référés par la 1<sup>re</sup> ligne et la 2<sup>e</sup> ligne de la salle d'urgence**. En cours de route, on s'attendrait particulièrement de noter une augmentation des cas référés par la 1<sup>re</sup> ligne de la salle d'urgence.

Afin de garantir la qualité des mécanismes de liaison entre le CSSS-TR et le CHRTR, l'alliance entre leurs acteurs respectifs doit reposer sur une confiance mutuelle et des liens personnalisés.