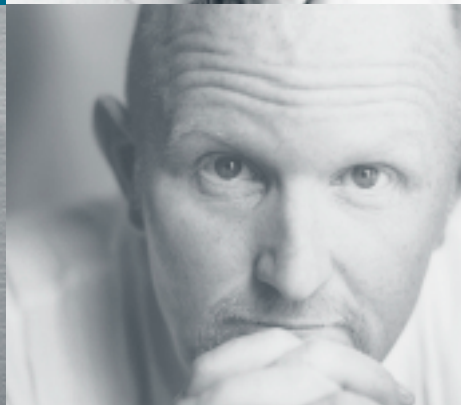


# L'organisation des soins et services cliniques

## Cadre de référence



Juin 2005

Hôpital  
Louis-H. Lafontaine

APPENDICE  
Université  
de Montréal

**L'organisation des soins et services cliniques • Cadre de référence**  
Direction générale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

**Coordination de la publication**  
Direction générale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

**Conception graphique du document**  
Marcel Bélisle

**Impression**  
Imprimerie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

**Dépôt légal**  
Bibliothèque nationale du Québec, Juin 2005  
Bibliothèque nationale du Canada, Juin 2005  
ISBN : 2-922577-31-7

## Table des matières

<b>1. Préambule .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Cadre de référence .....</b>	<b>8</b>
3.1. Contexte général .....	8
3.1.1. L'environnement externe .....	9
3.1.2. L'environnement interne .....	9
3.2. Les assises de nos interventions cliniques .....	10
3.3. L'orientation stratégique: les programmes spécifiques .....	13
3.4. Principes directeurs, enjeux et orientations .....	15
3.4.1. Principe de l'accessibilité .....	15
3.4.2. Principe des soins partagés .....	16
3.4.3. Principe du développement des services de 3 <sup>e</sup> ligne .....	17
3.4.4. Principe du regroupement et de l'optimisation de l'expertise .....	18
3.4.5. Principe de l'intégration des services, de l'enseignement et de la recherche. ....	19
3.5. Le design des programmes .....	20
3.5.1. Les éléments de la programmation .....	20
3.5.2. Les interfaces .....	21
<b>Le cheminement des usagers .....</b>	<b>22</b>
<b>4. Conclusion : les facteurs de succès .....</b>	<b>23</b>
<b>Références .....</b>	<b>24</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>25</b>

***50% des adultes  
montréalais aux prises  
avec des troubles  
mentaux n'utilisent  
aucun service  
et seulement 20%  
reçoivent une réponse  
adéquate à leurs  
besoins.***

## 1. Préambule

La Direction de la santé publique de Montréal-Centre révélait récemment que 50% des adultes montréalais aux prises avec des troubles mentaux n'utilisent aucun service et que seulement 20 % reçoivent une réponse adéquate à leurs besoins.

Il s'agit de données troublantes et qui nous interpellent, comme établissement spécialisé en santé mentale. Mais ces réalités, qui touchent à la santé mentale de nos concitoyens, s'accompagnent d'autres défis sociaux : une pénurie de main-d'œuvre chez les professionnels de la santé, la volonté de contenir l'augmentation des coûts de notre réseau de santé, une population vieillissante, etc.

Afin de relever ces défis et de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a convié notre réseau à des transformations majeures de son organisation. Au cours des derniers mois, 95 Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 4 réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont été créés, couvrant ainsi l'ensemble du territoire québécois.

Face à un tel bouleversement, les établissements de santé sont appelés à s'adapter et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ne fait pas exception. Nous devons nous aussi, face à ces défis populationnels et organisationnels, identifier comment répondre le plus efficacement aux besoins de nos concitoyens et mettre en place les mesures nécessaires afin d'améliorer l'accès et la continuité des services de même que la qualité des interventions. Nous devons tout autant assurer le développement de l'expertise de pointe en santé mentale.

Depuis plus d'un an, nous avons envisagé certaines avenues de restructuration, discuté des défis et des solutions avec nos médecins et nos employés, de même qu'avec les usagers et nos partenaires quant à l'organisation de nos services cliniques. Nous avons également entrepris une révision majeure des services de réadaptation en lien avec nos partenaires de la communauté.

Le 20 janvier 2005, un comité de travail<sup>1</sup> déposait le plan d'organisation des soins et services cliniques. Ce dernier énonçait l'orientation qui nous paraît la plus prometteuse : l'Hôpital Louis-H. Lafontaine se dirige vers une organisation par programmes spécifiques. Ce choix s'inscrit d'ailleurs dans l'évolution contemporaine de l'organisation de la psychiatrie au sein des hôpitaux universitaires. Il comporte des avantages pour les usagers et leurs proches, pour les cliniciens, pour nos partenaires ainsi que pour l'avenir de notre établissement, même si son application va nécessiter plusieurs changements au sein de notre organisation.

Accompagné de mes principaux collaborateurs à la rédaction du plan d'organisation, nous avons entrepris une démarche systématique d'information aux médecins et dentistes, au personnel de tous les services et départements, aux diverses instances consultatives, au conseil d'administration de l'Hôpital ainsi qu'à nos principaux partenaires. À cette occasion, nous avons eu le privilège de rencontrer plus de 600 personnes.

Suite à ces rencontres, nous amorçons en février, un processus d'information et de consultation. Cette démarche fut pilotée en étroite collaboration avec les gestionnaires de toutes les directions, incluant le chef intérimaire du département de psychiatrie et les chefs de services professionnels. Ils m'ont régulièrement fait part des réflexions engagées avec leur équipe et transmis des rapports à cet effet.

Il me fait donc plaisir, de soumettre ici le **Cadre de référence de l'organisation des soins et des services cliniques**. Avec l'orientation stratégique prônant un fonctionnement par programmes spécifiques, il constitue le point d'ancrage de ce changement. Ce cadre de référence indique clairement la voie dans laquelle nous nous engageons pour les prochaines années : nous centrer sur l'amélioration de notre offre de services spécialisés et surspécialisés pour les usagers, le support à leur famille et leurs proches, ainsi que sur la mise en place d'un contexte de travail stimulant et valorisant au sein même de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et avec nos partenaires.

Ce document, qui touche principalement aux aspects cliniques de l'organisation des services, vient bonifier l'information transmise en janvier 2005 puisqu'il intègre plusieurs commentaires et suggestions recueillis tout au long de cette démarche de consultation. Il constitue un pas important vers la mise en place de la nouvelle organisation des soins et des services cliniques et servira d'assise aux travaux à venir. C'est pourquoi il est présenté pour approbation au conseil d'administration.

Je remercie tous ceux et celles qui ont participé à cette démarche de consultation. Vos efforts sont d'autant plus appréciés que vous avez réalisé ces activités en plus d'assumer vos responsabilités quotidiennes.



André Lemieux, directeur général

1. Ce comité de travail était composé du directeur général, monsieur André Lemieux, de la directrice des services professionnels, D<sup>re</sup> Doris Clerc, de la directrice des soins infirmiers, madame Geneviève Ménard, du chef intérimaire du département de psychiatrie, D<sup>r</sup> Pierre Lalonde, et des chefs professionnels d'ergothérapie-physiothérapie, madame Christiane Morin, et de psychologie, monsieur Normand Marineau.

***Ce cadre de référence indique clairement la voie dans laquelle nous nous engageons pour les prochaines années.***

***La nouvelle organisation  
vise les programmes et  
leurs arrimages avec  
plusieurs autres services  
offerts par l'Hôpital  
Louis-H. Lafontaine  
et les partenaires.***

## **2. Introduction**

Tel que mentionné au préambule, la Direction déposait, en janvier 2005, de nouvelles orientations en matière d'organisation des soins et services cliniques. Suite à ce dépôt, le directeur général, monsieur André Lemieux, constituait un comité de travail élargi<sup>2</sup> en lui attribuant le mandat suivant : coordonner les activités de consultation, soutenir les gestionnaires dans leurs activités, rédiger le cadre de référence visant à bonifier le plan déposé en janvier, tout en améliorant l'intégration du volet réadaptation dans l'organisation par programmes spécifiques.

La nouvelle organisation vise les programmes d'hospitalisation, d'urgence, d'hôpital de jour, de suivi intensif dans la communauté et les cliniques externes. Il implique toutefois des arrimages avec plusieurs autres services offerts par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, tels que les services de réadaptation et de réhabilitation, les services de médecine physique, de même qu'avec les partenaires de la communauté.

### **La consultation**

La démarche de consultation a débuté en février. Les gestionnaires de toutes les directions ont étroitement collaboré à son actualisation. Trois étapes furent retenues et visaient les objectifs suivants :

- **Étape 1** — Faciliter la compréhension et l'appropriation du plan d'organisation des soins et services cliniques et colliger les commentaires et les réactions du personnel et des médecins.
- **Étape 2** — Bonifier les enjeux et les orientations en considérant l'expertise des médecins et du personnel; recueillir les éléments complémentaires qui émergent ainsi que les clarifications demandées.
- **Étape 3** — Identifier les éléments critiques de l'implantation.

Ces consultations se sont réalisées selon diverses modalités : rencontres de services, départements, équipes ou directions et se sont tenues tout au long de la démarche. Les gestionnaires ont été invités à animer ces consultations et à acheminer un résumé des discussions aux directeurs. Le dépôt de rapports d'étape par les directeurs a permis aux membres du comité de travail élargi de répondre aux questions les plus fréquemment soulevées, de produire une synthèse des préoccupations exprimées et d'élaborer le cadre de référence faisant l'objet du présent document.

Tel que mentionné précédemment, ce cadre de référence constitue un point d'ancrage important de la nouvelle organisation des soins et services cliniques. Il constitue un élément de référence fondamental puisqu'il indique le sens, la direction dans laquelle l'Hôpital s'engage pour les années à venir.

Vous trouverez donc en première partie un bref résumé du contexte général, de nos valeurs et de notre philosophie d'intervention, suivi d'un rappel de l'orientation stratégique. Par la suite, les principes directeurs de la nouvelle organisation des soins et services cliniques seront présentés et, pour chacun d'eux, les enjeux et les orientations qui leurs sont propres. Ce chapitre mérite que vous y accordiez une attention particulière; les énoncés qui y figurent reflètent notre vision commune du défi important que nous aurons à relever ensemble pour le mieux-être des usagers et de leurs proches. Les principaux paramètres du design des programmes sont ensuite énoncés. En dernier lieu, les facteurs de succès seront abordés comme autant d'éléments aptes à soutenir les changements proposés et à atteindre le succès escompté. Nous avons joint également un lexique en annexe.

- 
2. Le comité de travail élargi est composé de membres de toutes les directions, soit: Christianne Beaudet, chef de service au développement et à la formation des ressources humaines, D<sup>re</sup> Doris Clerc, directrice des services professionnels, Diane Gauthier, adjointe au directeur général, Jean Gélinas, directeur des ressources humaines et des services administratifs, Annie Hulmann, conseillère aux communications internes, D<sup>r</sup> Pierre Lalonde, chef intérimaire du département de psychiatrie, Jean-Jacques Leclerc, directeur des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, André Lemieux, directeur général, Jean Lepage, conseiller aux communications et aux relations avec la communauté, Normand Marineau, chef du service de psychologie, Geneviève Ménard, directrice des soins infirmiers, Christiane Morin, chef des services d'ergothérapie et de physiothérapie.

***Les principes directeurs et les orientations qui leurs sont propres méritent que vous y accordiez une attention particulière; les énoncés qui y figurent reflètent notre vision commune du défi important que nous aurons à relever ensemble.***

**La nouvelle organisation  
s'inscrit en conformité  
avec ce que nous  
avons énoncé dans  
notre planification  
stratégique.**

## 3. Cadre de référence

### 3.1. Contexte général

La nouvelle organisation des soins et services cliniques s'inscrit d'emblée dans la mission et les orientations de l'Hôpital stipulées dans la planification stratégique 2002-2007.

Rappelons que la mission de l'Hôpital est énoncée ainsi :

*« En collaboration avec la communauté et les divers établissements concernés, rendre accessibles des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés de qualité en santé mentale et par conséquent, développer les savoirs pertinents par la recherche, l'enseignement et l'évaluation et les diffuser auprès des usagers, des intervenants et de la population. »*

La Planification stratégique énonce sept orientations devant confirmer les domaines d'excellence de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et lui permettre de s'engager dans un vaste chantier pour assumer pleinement ses responsabilités d'établissement universitaire dédié à la santé mentale au service de la personne et de la communauté.

L'une de ces orientations préconise de **fonctionner en réseaux intégrés**. L'Hôpital Louis-H. Lafontaine entend ainsi manifester une ouverture plus grande aux autres établissements et aux organismes de la communauté. En ce sens, l'intersectorialité est préconisée, incitant notamment les divers intervenants à partager des responsabilités qui impliquent la personne dans son traitement et dans son projet de vie. Pour atteindre ces objectifs, la planification stratégique souhaite favoriser « l'accessibilité plus large des ressources de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à la communauté impliquant notamment une révision des portes d'entrées ».

**Assurer la mise en place d'un modèle de soins partagés** figure également au nombre des orientations. On affirme ainsi la nécessité d'offrir, avec l'ensemble des intervenants des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, un continuum de services fondé sur une approche globale de la personne.

La planification stratégique **privilégie également l'intervention en interdisciplinarité** et confirme le modèle TRR (traitement-réadaptation-réhabilitation) comme réponse à l'évaluation selon l'approche globale systémique (biopsychosociale) de la personne. Invité par le ministère de la Santé et des Services sociaux à soumettre sa candidature visant à être désigné institut universitaire en santé mentale, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine réitérait, dans son dossier de candidature, son engagement à intégrer ses missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention.

La nouvelle organisation s'inscrit donc en conformité avec ce que nous avons énoncé dans notre planification stratégique.

### 3.1.1. L'environnement externe

Trois principaux facteurs nous motivent à aller de l'avant : les besoins de la population, la Loi sur la création des agences régionales et des réseaux locaux de services (Loi 25) et le Plan d'action en santé mentale pour lequel le Ministère tenait récemment une consultation nationale.

Tel que stipulé dans le rapport de la Vérificatrice générale (décembre 2003), la difficulté d'accès tant pour les services de proximité que spécialisés, la fragmentation et la duplication des services, le manque de coordination et de continuité des soins exigent que l'on identifie des solutions visant l'efficacité et l'efficience clinique et administrative. Ce processus d'ajustement est en constante évolution et nous incite à faire une utilisation optimale des ressources disponibles dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et des services et d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services pour répondre aux **besoins de la population**.

La **modification de la configuration du réseau de la santé et des services sociaux** suite à la création des RUIS (réseau universitaire intégré de service) et à l'adoption de la Loi 25, qui propose notamment la mise en place de centres de santé et des services sociaux (CSSS), permet d'actualiser les principes de l'approche populationnelle et de la hiérarchisation des services. Dans ce contexte, les CSSS se voient confier une responsabilité populationnelle; une responsabilité de l'organisation des services dans l'optique d'un meilleur accès et d'un continuum de soins. Quant aux RUIS, leurs responsabilités se situent notamment dans la coordination des services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes, dans la recherche et la formation aux intervenants de demain.

Le MSSS, dans son **Plan d'action en santé mentale** (2005-2008), privilégie le développement en priorité d'une offre de services forte en 1<sup>re</sup> ligne rapidement accessible pour toute la population et veut faciliter son arrimage avec les services spécialisés et ultraspecialisés. Nous souhaitons ainsi améliorer l'accès aux services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes pour les usagers qui le requièrent. Ce qui n'est possible qu'en présence d'un esprit de coopération et non de compétition entre les dispensateurs de services.

### 3.1.2. L'environnement interne

Plusieurs facteurs internes nous incitent à adopter de nouvelles façons de faire.

Les soins et les services offerts dans notre organisation, bien que de qualité, manquent d'une vision d'ensemble et d'une programmation clinique coordonnée et concertée. Ceci entraîne une grande diversité tant dans les façons de faire des équipes que dans les services offerts aux usagers. La fragilité des effectifs médicaux et professionnels contribue à l'augmentation des délais d'attente pour les usagers, à la lourdeur des tâches cliniques et alimente le sentiment d'iniquité dans la répartition de la tâche.

*Trois principaux facteurs nous motivent à aller de l'avant : les besoins de la population, la Loi sur la création des agences régionales et des réseaux locaux de services et le Plan d'action en santé mentale*

*Les soins et les services offerts dans notre organisation, bien que de qualité, manquent d'une vision d'ensemble et d'une programmation clinique coordonnée et concertée.*

Ainsi, la coexistence des cliniques de secteurs et des cliniques spécialisées (mixité), a amené plus de tensions que de rapprochement, par le sentiment d'iniquité qu'elle crée (notamment sur la charge de travail). En raison de la diminution des effectifs et des difficultés auxquelles nous sommes confrontés, nous assistons à l'essoufflement des équipes. De plus, lors du départ d'un psychiatre, la répartition des dossiers d'usagers entre les psychiatres en poste (au cours des trois dernières années, plus de 1500 usagers, soit plus du quart des personnes suivies en clinique externe de secteurs) ne respecte pas nécessairement la notion de secteurs. Avant même ces répartitions d'usagers en raison du départ de psychiatres, entre 20 et 40% des usagers provenaient d'un autre secteur. Cette situation amène inévitablement une extinction graduelle de la notion de secteurs.

L'éparpillement des ressources dans les services internes et externes ne permet pas d'optimiser l'expertise professionnelle et le développement d'actions concertées où la recherche pourrait davantage alimenter et supporter les programmations cliniques. Il importe à ce propos d'accentuer le partenariat clinique entre la Direction des services professionnels, la Direction des soins infirmiers, la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté de même qu'avec le Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Finalement, notre offre de services actuelle ne permet pas un arrimage harmonieux avec celle des centres de santé et des services sociaux (CSSS). Tel qu'énoncé au document de consultation du Plan d'action en santé mentale 2005-2008 du MSSS (à la page 34), « La mise en place des réseaux locaux (CSSS) rend inopérante la division en secteurs géographiques ». La responsabilité populationnelle relèvera dorénavant des CSSS, qui devront s'assurer que la population de leur territoire ait accès aux services requis et que les usagers circulent de façon adéquate dans le réseau de soins. Ainsi, les établissements comme le nôtre devront convenir d'ententes de services pour répondre aux besoins de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes de la population des territoires de desserte des CSSS.

Malgré tous les efforts et la volonté exercée pour régler ces problèmes, ils continuent de perdurer.

### **3.2. Les assises de nos interventions cliniques**

D'entrée de jeu, l'Hôpital se positionne comme un dispensateur de services spécialisés et surspécialisés dont la force réside dans l'adhésion de ses médecins et de ses intervenants à quatre éléments fondamentaux. Ces éléments fondamentaux représentent en quelque sorte le dénominateur commun, le point de convergence duquel émergera, au sein de l'hôpital et auprès de nos partenaires, la cohérence et la cohésion de nos interventions cliniques auprès de la clientèle, sa famille et ses proches. Ces éléments constituent en soi une source de référence incontournable pour chacun et, de ce fait, méritent d'être rappelés pour le bénéfice de chacun. Ils sont aussi importants les uns que les autres, l'ordre dans lequel ils sont présentés ne répond qu'à des impératifs de présentation (voir schéma à la page 12).

En premier lieu, il s'agit de **nos valeurs communes**. Bien connues de tous et clairement énoncées depuis la démarche de planification stratégique 2002-2007, elles demeurent toujours, sinon plus, d'actualité.

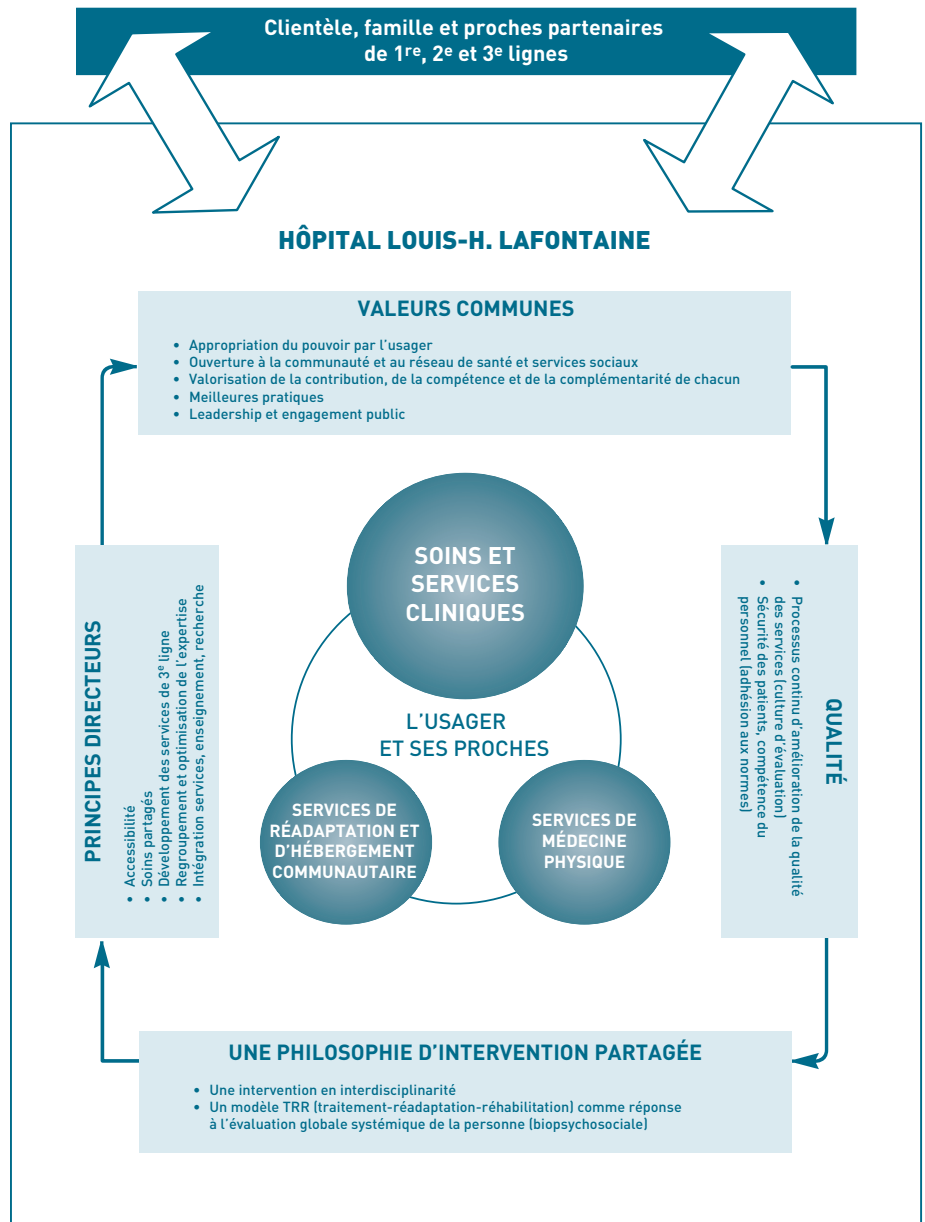
En second lieu, notre engagement à offrir **des services de qualité**. Pour la quatrième fois, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) nous reconnaît le statut d'établissement agréé, confirmant ainsi que nos services répondent à des normes nationales en matière de qualité. Cette reconnaissance officielle témoigne de la compétence, de l'expertise et de l'engagement de toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans les soins aux personnes ayant des troubles mentaux. Par ailleurs, il faut demeurer vigilant pour préserver ces acquis et, ce qui est encore plus significatif, pour devenir un précurseur et un leader reconnu. La nouvelle organisation des soins et des services cliniques est un pas de plus dans cette direction.

Un troisième élément clé **une philosophie d'intervention partagée**. Nous avons la ferme conviction qu'il faut se mobiliser en faveur d'une approche globale de la personne ayant des troubles mentaux graves. Qu'il faut s'investir dans une approche d'interventions concertées mettant rapidement à profit diverses expertises, disponibles au sein de l'Hôpital et dans d'autres organisations, nécessaires au soutien de la personne en vue de l'amélioration de sa santé et de son bien-être. Cette approche d'interventions concertées sous-tend également une ferme conviction qu'il faut privilégier une démarche valorisant une prise en compte des besoins de traitement, de réadaptation et de réhabilitation de la personne, ce qui implique une complémentarité entre les services cliniques et ceux de réadaptation et d'hébergement dans la communauté.

Le dernier et non le moindre, **l'adhésion aux mêmes principes directeurs**. Les principes directeurs retenus par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine viennent camper nos principaux objets de préoccupation pour les prochaines années. D'où l'importance qui leur est accordé au point 3.4 en mettant en lumière les enjeux qui leurs sont inhérents et les orientations privilégiées devant guider nos actions en regard de ceux-ci.

Le tableau qui suit rappelle les principaux points concernant ces quatre éléments fondamentaux. Il illustre également la place privilégiée que ces éléments occupent en regard de l'intervention clinique au sein de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de leur influence attendue sur tous les types de services qui sont offerts par l'établissement.

*L'Hôpital se positionne comme un dispensateur de services spécialisés et surspécialisés dont la force réside dans l'adhésion de ses médecins et de ses intervenants à quatre éléments fondamentaux: des valeurs communes, des services de qualité, une philosophie d'intervention partagée et une adhésion aux mêmes principes directeurs.*



### 3.3. L'orientation stratégique: les programmes spécifiques

Confronté aux diverses réalités mentionnées précédemment, tant du point de vue interne qu'externe, un constat s'imposait pour l'équipe de direction. C'est pourquoi le 1<sup>er</sup> juin 2004 nous énoncions, dans le cadre d'une journée de réflexion, que « les difficultés et les contraintes auxquelles nous sommes confrontés ne trouvent pas de résolution satisfaisante à travers l'organisation actuelle. *Le statu quo n'est plus possible.* »

La nouvelle organisation de nos soins et services cliniques permettra la mise en place des sept programmes spécifiques suivants :

- Évaluation et interventions brèves;
- Troubles psychotiques;
- Troubles anxieux et de l'humeur;
- Troubles de la personnalité;
- Gérontopsychiatrie;
- Déficience intellectuelle et maladie psychiatrique;
- Toxicomanie et maladie psychiatrique.

Une approche par programmes spécifiques comporte un ensemble de services et d'activités intégrés destiné à une clientèle particulière, ciblant des résultats à atteindre pour le mieux être de celle-ci et pour lequel sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières (MSSS, 1994). Elle permet de développer une véritable culture de soins et services centrés sur la personne. Cette approche comporte un regroupement d'activités en fonction des caractéristiques et des besoins communs à des clientèles spécifiques, donc une compréhension commune des problèmes de l'utilisateur et une convergence des contributions des médecins et de l'ensemble du personnel en lien avec ces problèmes et les résultats attendus. L'utilisateur se situe donc au cœur des interventions.

Le fonctionnement clinique par programmes spécifiques sous-tend également la notion de gestion des processus de soins et de services, c'est-à-dire, la mise en commun de l'expertise en vue de l'atteinte de résultats ciblés. L'ensemble des activités d'un programme doit apporter une « plus value » pour l'utilisateur. La notion d'imputabilité est omniprésente et l'ensemble des intervenants d'un programme s'inscrit dans un processus d'évaluation continue et d'ajustement de leurs interventions pour améliorer leur fonctionnement et leurs façons de faire visant l'atteinte de meilleurs résultats auprès des usagers.

L'organisation des soins et services cliniques prônée favorise le développement de l'efficacité, de la pertinence et de l'efficacé. L'efficacité réfère à des ressources qui sont regroupées afin de permettre d'atteindre des résultats optimaux en évitant le double emploi et les efforts inutiles. La pertinence réfère aux services répondant aux besoins de l'utilisateur ou de la communauté, permettant à l'organisme d'atteindre ses buts, démontrant à l'aide de données pro-

***Les difficultés et les contraintes auxquelles nous sommes confrontés ne trouvent pas de résolution satisfaisante à travers l'organisation actuelle. Le statu quo n'est plus possible.***

***Le regroupement des soins et services offerts au sein de programmes spécifiques permet la formation d'une masse critique de ressources qui assurent des soins qui soient non seulement adaptés aux besoins de la personne, mais qui sont coordonnés et continus.***

bantes qu'ils sont utiles et conformes aux normes établies. L'efficacité correspond à la façon de faire les choses avec les meilleurs résultats possibles. En ce sens, les diverses instances cliniques de l'établissement accentueront leur collaboration.

Le regroupement des soins et services offerts au sein de programmes spécifiques permet la formation d'une masse critique de ressources qui assurent des soins qui soient non seulement adaptés aux besoins de la personne, mais qui sont coordonnés et continus. Une telle organisation s'appuie sur un mode de fonctionnement interdisciplinaire, et vise une plus grande intégration et complémentarité des services. Nos modèles de base, tels le T-R-R (traitement-réadaptation-réhabilitation), l'approche biopsychosociale de même que le fonctionnement en réseau s'insèrent donc bien dans un tel type d'organisation.

Ce choix reflète plusieurs de nos valeurs fondamentales qui sont l'amélioration de la qualité, de l'accès et de la continuité des soins et services offerts aux usagers.

Les soins et les services seront ainsi dispensés en fonction des besoins de l'utilisateur et non en fonction de la localisation de son domicile. Cette démarche s'arrime à la mise en place des réseaux locaux de services qui, tel que mentionné précédemment, favorise la déssectorisation et rend inopérante la division en secteurs géographiques pour un établissement tel que le nôtre.

Ce modèle maintient la proximité des services, mais la définit autrement que par la distance que l'utilisateur a à parcourir pour aller à la clinique. Elle est plutôt définie par les liens qui se développent avec la communauté et par la mise en place de mécanismes formels de liaison.

Les CSSS ont le mandat d'assumer le leadership dans le projet clinique. C'est donc à eux d'organiser de concert avec les partenaires, les services de santé et les services sociaux de leur territoire. Ils devront s'assurer que leurs usagers ont les services requis et qu'ils circulent de façon adéquate dans le réseau de la santé et des services sociaux en fonction de leurs besoins. Les établissements comme le nôtre, devront convenir d'ententes de services pour dispenser des services spécialisés et surspécialisés (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes) répondant à leurs besoins. Ce leadership s'exprime dans l'actualisation de deux principes fondamentaux: la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services..

Des études<sup>1</sup> ont évalué les effets et les impacts des programmes. Leurs conclusions révèlent certains impacts:

- Au niveau de la valeur et de la portée du soin à long terme, soit la pérennité, on constate une diminution du taux de réadmission de même qu'une diminution des rechutes.
- L'interdisciplinarité apporte une plus grande compréhension du travail de l'autre et une coordination plus efficace entre les intervenants. Des effets sont notés sur l'amélioration de la qualité de l'information.
- L'accessibilité aux services est améliorée et la durée de l'hospitalisation est diminuée. Le continuum de soins est facilité et sa qualité accrue. L'approche

1. Centre d'études en transformation des organisations, HEC.

a un effet positif sur l'implication de l'utilisateur et de sa famille qui notent recevoir un suivi plus attentif.

- La mise en œuvre d'un tel changement nécessite des investissements importants en formation et en aménagement.
- Pour les intervenants, cette approche demande plus de temps de coordination.

(Extrait du document *Construire un leadership de changement*, HEC Montréal, avril 2005)

Enfin il s'agit d'un modèle cohérent qui nous permettra de regrouper les forces de 16 cliniques intra et extra-muros. Nous passerons à 7 cliniques externes (une par programme). Ceci représente une diminution de l'éparpillement de plus de 50%. Un tel regroupement avec les services ambulatoires et d'hospitalisation suscitera une synergie accrue entre les ressources de même qu'une programmation clinique coordonnée et concertée. Ce modèle assure la coexistence de la 2<sup>e</sup> et de la 3<sup>e</sup> ligne en permettant l'évaluation, le traitement et les interventions auprès de différents types de clientèle, des soins et des services spécialisés dans chaque programme ainsi que la possibilité, pour les cliniciens intéressés, de participer au développement d'approches spécifiques de 3<sup>e</sup> ligne et à la recherche. Il vise également l'établissement de liens plus étroits entre les diverses instances cliniques et ce, à travers toutes les étapes du continuum de soins et services. La démarche de révision des services de réadaptation, dont les orientations ont été approuvées par le conseil d'administration en janvier 2005, constitue un exemple de rapprochement de ces instances.

### 3.4. Principes directeurs, enjeux et orientations

Cette section présente les cinq principes directeurs sur lesquels s'appuie le plan d'organisation des soins et services cliniques. Elle cible les enjeux à considérer dans cette démarche ainsi que les orientations devant guider l'implantation des programmes spécifiques.

Ce plan d'organisation s'inscrit dans notre démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des services afin d'assurer un tout cohérent. Les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) ont d'ailleurs inspiré l'élaboration des orientations. À cet égard, le travail de réflexion effectué sur la base des normes du CCASS constituera un outil de travail pertinent lorsque viendra le temps de préciser le design des programmes, au même titre qu'il a permis d'enrichir la définition des principes directeurs.

#### 3.4.1. Principe de l'accessibilité

L'accessibilité aux soins et aux services cliniques est définie comme la possibilité d'obtenir facilement les services requis ou disponibles en temps opportun et de façon équitable. La notion de temps opportun signifie que les services sont offerts pour répondre aux besoins de l'utilisateur dans les meilleurs délais, ou selon les normes établies en fonction de la demande. L'équité, quant à elle, réfère à l'intégrité des décisions prises en fonction des besoins de la personne.

***L'accessibilité aux soins et aux services cliniques est définie comme la possibilité d'obtenir facilement les services requis ou disponibles en temps opportun et de façon équitable.***

**Les soins partagés désignent un vaste éventail de possibilités de collaboration et de traitement coopératif entre les intervenants de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes.**

**Ainsi, sur le plan de l'accessibilité, les services doivent être offerts en temps opportun et de façon équitable.**

Pour le principe d'accessibilité, *trois enjeux* sont retenus:

- Le bon service, de qualité, au bon moment, par le bon clinicien, dans un délai raisonnable pour l'utilisateur, sa famille et ses proches.
- Un accès facile et équitable pour la clientèle visée par nos services en respectant le choix de l'utilisateur quant au dispensateur de services.
- Un accès en fonction de l'intensité et de la complexité de la situation vécue par l'utilisateur, plutôt qu'à partir de critères géographiques.

Les programmes spécifiques doivent s'actualiser en respectant les *quatre orientations* suivantes:

- Limiter le nombre de portes d'entrée et simplifier les mécanismes d'accès pour le client (utilisateur, famille, référent) en demande de services.
- Disposer d'un mécanisme assurant la non-exclusion d'utilisateurs qui souhaitent avoir recours à nos services.
- Établir des mécanismes de liaison avec les partenaires lorsque l'organisation ne peut ou n'a pas à répondre à la demande de services.
- Évaluer et donner accès aux services dans les délais prévus par le MSSS.

### 3.4.2. Principe des soins partagés

Les soins partagés désignent un vaste éventail de possibilités de collaboration et de traitement coopératif entre les intervenants de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Deux éléments lui sont inhérents : la continuité et la complémentarité.

La *continuité* se définit par des services offerts de façon coordonnée à travers le processus, en tout temps. Il s'agit de l'intégration cohérente entre les divers professionnels des soins en psychiatrie, de médecine physique de même que des services de réadaptation et réhabilitation pour que la prise en charge de l'utilisateur soit assurée dans tous les lieux de prestation, tant au sein de l'établissement que dans l'ensemble du réseau.

La *complémentarité*, c'est une offre de services, sans répétition, entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le milieu communautaire, les milieux municipal, scolaire et judiciaire.

**Ainsi, les soins partagés sont assurés en continuité et en complémentarité.**

Il importe toutefois de mentionner ici qu'il sera important de s'assurer que l'utilisateur puisse convenir des renseignements devant être transmis aux partenaires, dans le cadre du processus de soins et services.

De ce principe de soins partagés, **trois enjeux sont retenus** :

- Une offre de services spécialisés et ultraspécialisés adaptée aux besoins des usagers dans le respect de nos responsabilités et de celles dévolues à nos partenaires.
- L'arrimage avec le réseau de la 1<sup>re</sup> ligne pour assurer la continuité des services à notre clientèle cible.
- Une démarche organisée et intégrée centrée sur les besoins de l'usager, sa famille et ses proches afin d'éviter la fragmentation et le chevauchement dans l'offre de services.

Les programmes spécifiques doivent s'actualiser en respectant les **six orientations** suivantes :

- Convenir avec les CSSS de l'offre de services entre les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes et du niveau de réciprocité.
- Développer des protocoles conjoints, des ententes de services avec les CSSS, pour assurer la fluidité de l'accès à nos services.
- Favoriser la prise en charge par la 1<sup>re</sup> ligne des clientèles vulnérables stabilisées et assurer le soutien nécessaire aux intervenants concernés.
- Formaliser la fonction d'agent de liaison afin d'assurer la continuité, la fluidité de l'accès aux services entre les programmes et les services de 1<sup>re</sup> ligne et entre les programmes de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Formaliser la fonction d'intervenant pivot pour coordonner les services à la personne présentant un trouble mental grave en lien avec les différents intervenants impliqués.
- Formaliser la fonction de psychiatre répondant à l'équipe de traitement en 1<sup>re</sup> ligne pour les adultes présentant un trouble mental en conformité avec le plan d'action en santé mentale du MSSS.

### 3.4.3. Principe du développement des services de 3<sup>e</sup> ligne

Le développement des services de 3<sup>e</sup> ligne s'inscrit dans un contexte de hiérarchisation des services. Les services de 3<sup>e</sup> ligne dits surspécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves dont la prévalence est faible mais qui requiert un plateau technique particulier. Compte tenu du niveau d'expertise qu'ils requièrent, ils devraient être concentrés dans quelques milieux et associés au développement des connaissances. Par ailleurs, ils doivent être accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin, peu importe leur âge, par le biais d'ententes convenues entre milieux. Deux éléments lui sont inhérents : la complémentarité et la hiérarchisation des services.

Tel que nous l'avons défini précédemment, la *complémentarité* repose sur l'offre de services, sans répétition, entre les établissements du ré-

***Le développement des services de 3<sup>e</sup> ligne s'inscrit dans un contexte de hiérarchisation des services. Les services de 3<sup>e</sup> ligne dits surspécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves.***

***Le regroupement  
et l'optimisation  
de l'expertise sous-  
tendent l'efficace.***

seau de la santé et des services sociaux, le milieu communautaire, les milieux municipal, scolaire, et judiciaire.

La *hiérarchisation* se définit par l'organisation des services selon les lignes de services soit de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes. Chaque établissement du réseau, se voit confier un rôle dans la chaîne des services et doit instaurer, en lien avec les autres établissements, des mécanismes bidirectionnels pour assurer le passage de l'utilisateur d'un niveau de services à l'autre.

**Ainsi, les services de 3<sup>e</sup> ligne sont complémentaires aux services de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne.**

De ce principe de développement des services de 3<sup>e</sup> ligne, **un enjeu** est retenu:

- Dans un contexte de hiérarchisation des services, clarifier et développer, en lien avec le RUIS, l'offre de services de 3<sup>e</sup> ligne (services ultraspecialisés).

Les programmes spécifiques doivent s'actualiser en respectant les **cinq orientations** suivantes:

- Convenir, avec le RUIS, de notre offre de services de 3<sup>e</sup> ligne.
- Coordonner des interfaces entre les services au sein de chaque programme spécifique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et entre eux.
- Développer des corridors de services avec nos partenaires des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes.
- Réorienter l'utilisateur recevant des services de 3<sup>e</sup> ligne vers les services de la 2<sup>e</sup> ligne dès que son état le permet.
- Soutenir le développement des pratiques de pointe par la recherche et la mise en place d'activités de formation.

#### **3.4.4. Principe du regroupement et de l'optimisation de l'expertise**

Le regroupement et l'optimisation de l'expertise sous-tendent l'efficace. L'*efficace* réfère à l'équilibre entre les ressources disponibles et le nombre de personnes rejointes. Elle vise la meilleure utilisation des ressources disponibles pour accéder au plus grand nombre de personnes ayant des besoins pour leur offrir des interventions ou des stratégies d'intervention qui sont efficaces.

**Ainsi, le regroupement et l'optimisation de l'expertise ont pour but de permettre l'atteinte des résultats optimaux.**

De ce principe, lié au regroupement et à l'optimisation de l'expertise, **deux enjeux** sont retenus:

- L'utilisation d'une approche globale de la personne valorisant le modèle intégré d'intervention de traitement-réadaptation-réhabilitation dans un contexte d'interdisciplinarité.

- Un fonctionnement assurant la contribution des psychiatres, médecins, des intervenants et des partenaires dans tout le processus clinique des programmes spécifiques.

Les programmes spécifiques doivent s'actualiser en respectant les **trois orientations** suivantes :

- Utiliser une approche globale de la personne et ce, dès l'évaluation, en mettant à profit l'expertise multidisciplinaire.
- Mettre en place une offre de services à l'intérieur de sept programmes définis en fonction des caractéristiques et des besoins communs à des clientèles spécifiques.
- Produire un plan d'intervention individuel interdisciplinaire (PII) pour tous les usagers et, selon la situation, la collaboration ou l'initiation du plan de services individualisés avec les partenaires du milieu (PSI).

#### 3.4.5. Principe de l'intégration des services, de l'enseignement et de la recherche.

À l'Hôpital Louis-H. Lafontaine les services cliniques, les activités d'enseignement et d'évaluation de même que la recherche sont intimement liés et s'enrichissent mutuellement. Cette volonté d'intégration est d'ailleurs confirmée dans la planification stratégique de l'établissement alors que quatre orientations vont dans ce sens.

**Ainsi, l'intégration des services, de l'enseignement et de la recherche est indispensable afin d'assurer l'efficacité, la pertinence et l'efficacité des services rendus aux usagers.**

De ce principe lié à l'intégration des services, de l'enseignement et de la recherche, *deux enjeux* sont retenus :

- La cofertilisation des activités liées à la clinique, l'enseignement et la recherche.
- Une démarche organisée visant le transfert et le partage des connaissances dans l'ensemble du réseau de la santé mentale.

Et ainsi, offrir les meilleurs soins et services aux usagers de même qu'à leur famille et leurs proches, nous comportant alors comme un Institut universitaire.

Les programmes spécifiques doivent s'actualiser en respectant les **deux orientations** suivantes :

- Prôner l'innovation comme levier important de l'amélioration de la qualité des services et des pratiques d'intervention en s'appuyant sur l'évaluation à partir d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, autant par des auto-évaluations des équipes que par des activités de recherche et de recherche-action.

***L'intégration des services, de l'enseignement et de la recherche est indispensable afin d'assurer l'efficacité, la pertinence et l'efficacité des services rendus aux usagers.***

- Valoriser une démarche rigoureuse dans le développement de l'excellence. Ce qui signifie...
  - des efforts centrés sur des besoins perçus ou démontrés par notre clientèle cible;
  - la mise en place d'une organisation de soins et services adaptée aux besoins;
  - l'évaluation des résultats par des indicateurs de pertinence et de performance;
  - l'ajustement des soins et des services pour en améliorer l'efficacité.

### 3.5. Le design des programmes

Nous devons, à partir des cinq principes directeurs, des enjeux et orientations qui en découlent et qui ont été énumérés précédemment, établir les balises qui serviront de base au design des programmes spécifiques afin de s'assurer qu'ils soient structurés de façon à répondre le plus adéquatement possible aux besoins des usagers. Les balises mentionnées ci-après permettront d'assurer la cohérence interprogrammes.

Le design de ces programmes devra prévoir l'ajustement à l'évolution de l'organisation des soins et services en santé mentale, notamment par l'évaluation des programmes.

#### 3.5.1. Les éléments de la programmation

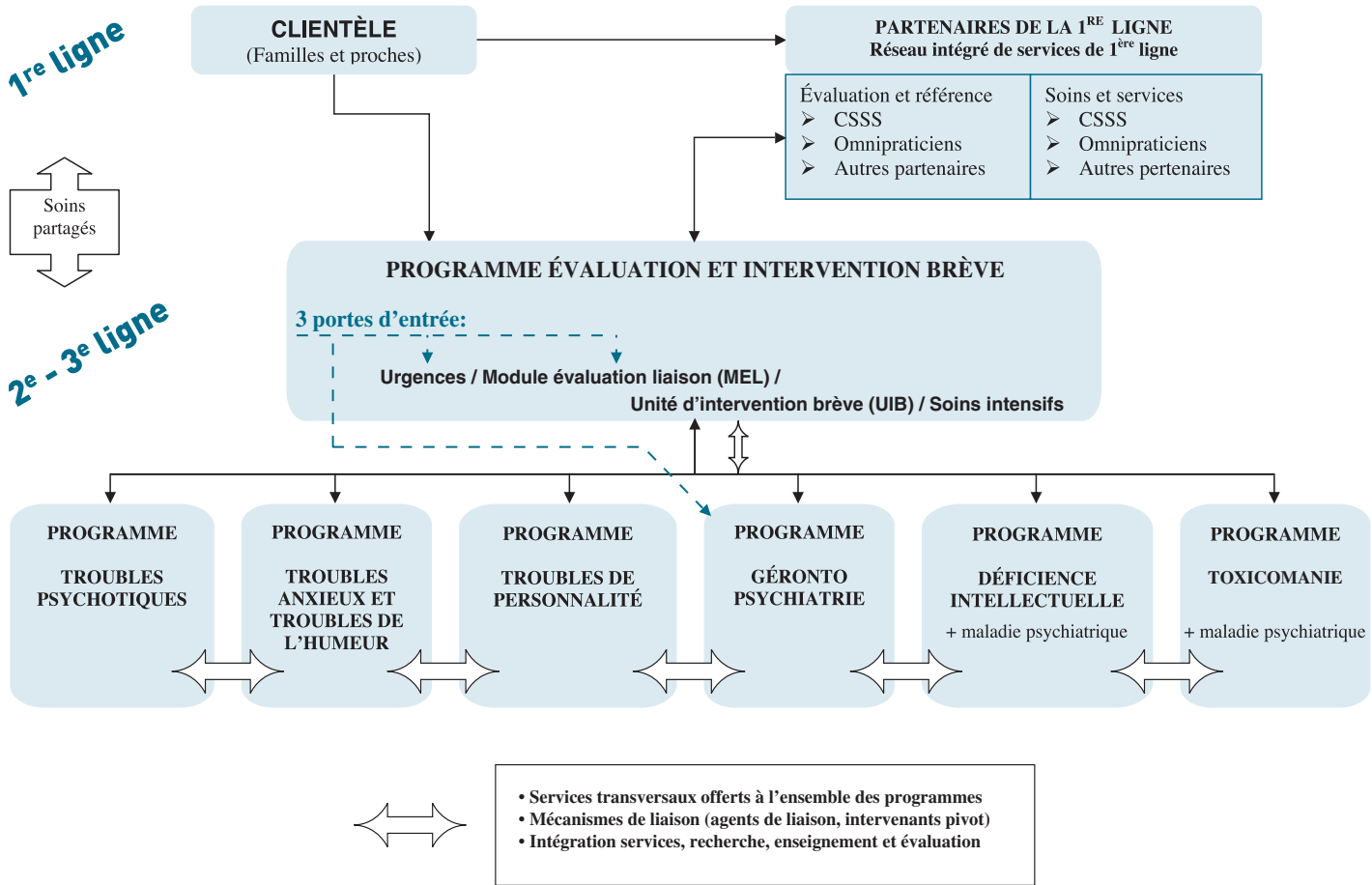
1. La mission du programme
2. La clientèle du programme
3. Les services internes et externes offerts par chaque programme:
  - services d'évaluation;
  - services internes généraux et spécifiques, incluant les soins partagés;
  - services externes généraux et spécifiques.
4. Les processus de fonctionnement liés au cheminement des usagers et à la coordination des soins et des services:
  - les processus d'admission et de prise en charge au programme;
  - les processus de fonctionnement d'équipe interdisciplinaire;
  - les processus de coordination des soins et services entre les différents services offerts par le programme;
  - les processus de préparation à la sortie du programme (retour au référent, retour à la 1<sup>re</sup> ligne, etc.);
  - les processus de coordination des soins avec les autres programmes et les services de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de même qu'avec les partenaires de la communauté;
  - les processus de liaison avec les partenaires de la communauté.

5. Les outils nécessaires au bon fonctionnement des soins dans les programmes dont notamment: les outils d'évaluation, les outils de coordination des soins et des services (modèle de coordination de l'épisode de soins et services, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services individualisé).
6. Le développement et la formation.

### 3.5.2. Les interfaces

Les interfaces entre les programmes et services de l'Hôpital seront également abordés, en lien avec les services à offrir aux usagers. Les programmes s'appuieront notamment sur une équipe multidisciplinaire, le fonctionnement en interdisciplinarité et la nécessité d'une interface adéquate avec les partenaires de la 1<sup>re</sup> ligne et de la communauté.

1. Les mécanismes de coordination interprogrammes:
  - la gestion des lits;
  - les modalités d'accès aux différents programmes à partir du module d'évaluation-liaison ainsi que l'accès aux services relevant d'autres programmes;
  - les mécanismes de transfert interprogrammes;
  - les mécanismes pour assurer la complémentarité entre les agents de liaison des différents programmes et avec les CSSS.
2. Les mécanismes d'attribution des cas ambigus.
3. Les services transversaux et les mécanismes d'accès à ces services.
4. Les liens avec les services de réadaptation de la DSRHC.
5. Les liens avec les services de médecine physique.



## 4. Conclusion : les facteurs de succès

Parmi les facteurs de succès à la démarche de réorganisation par programmes spécifiques relevons :

- La promotion de valeurs clés: les valeurs d'humanisme, d'équité et de justice, de non exclusion des personnes en besoins des services spécialisés et surspécialisés. L'accès à des services compétents et compatissants permettant à la personne de faire ses choix et de développer son potentiel selon la valeur d'appropriation du pouvoir. Afin d'éviter la stigmatisation, tant pour les usagers que pour les intervenants, il faudra accorder une attention particulière à l'identification des programmes.
- Un climat d'écoute et une vision partagée par les médecins et le personnel du choix d'une organisation par programmes spécifiques en lien avec les enjeux et selon les orientations cliniques qui nous interpellent.
- L'ouverture, la confiance, le respect entre nous et envers nos partenaires permettant l'enrichissement mutuel, l'accès et la continuité des services pour répondre aux besoins des usagers, de leur famille et de leurs proches (1<sup>re</sup> ligne forte, assumant son rôle).
- La concertation entre les intervenants pour orienter l'utilisateur vers le niveau et le type de services requis considérant l'évolution de sa situation et de ses besoins, tout en prenant en compte la relation thérapeutique établie avec lui.
- L'engagement fondamental dans un travail continu en interdisciplinarité par les médecins et le personnel des programmes (complémentarité des expertises, souplesse, ajustements mutuels).
- Une vision articulée et partagée des programmes spécifiques ainsi que l'ajustement continu de ceux-ci en fonction de l'expérience acquise.

À ces facteurs, et tel que mentionné fréquemment lors des consultations, la formation des acteurs concernés (cliniciens et gestionnaires) par ces changements est un incontournable.

L'information soutenue et continue, qu'elle s'adresse aux usagers, à leurs proches ou aux intervenants, doit également faire partie intégrante de la démarche de conception et de mise en place de la nouvelle organisation des services cliniques par programmes spécifiques.

Plusieurs éléments recueillis lors des consultations réfèrent au design des programmes et à leur mise en place ainsi qu'à la structure clinico-administrative. Ils seront pris en compte dans les travaux à venir.

## Références

BERTELLI, Christiane, (1999), *Le nouveau dispositif de soins pour adultes du Pavillon Albert-Prévost*, Santé mentale au Québec, XXXIV, 2, 74-89 pages

BRETTON, Jean-Christophe, (2000), *Organisation par programme-clientèle : l'expérience des centres hospitaliers du Québec*, Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 69 pages

COLLERETTE, PIERRE, (2005), *Modèle de Pierre Colletterte, professeur à l'UQAH, Soutien à l'implantation des réseaux locaux de services*

FARAND, LAMBERT, CHAMPAGNE, FRANÇOIS, AMYOT, ARTHUR, DENIS, JEAN-LOUIS, CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE, (1999), *Évaluation de la réforme des services psychiatriques destinés aux adultes au Pavillon Albert-Prévost*, Santé mentale au Québec, XXIV, 2, 90-125 pages

GOLDNER, ELLIOT M., MSCS, FRCPC, (2002), *La santé mentale (série de rapports de synthèse)*, Le fonds pour l'adaptation des services de santé, Ontario, 30 pages

HÔPITAL LOUIS-H LAFONTAINE, *Planification stratégique 2002-2007*, Montréal, 52 pages

LEATT, PEGGY, PH. D., (2002), *La prestation de services intégrés (série de rapports de synthèse)*, Le fonds pour l'adaptation des services de santé, Ontario, 37 pages

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, CONFÉRENCE DES RÉGIES ET RÉGIE RÉGIONALE DE LA MONTÉRÉGIE ET DE L'OUTAOUAIS, (1996), *Expérience pilote gestion par programme-clientèle en santé mentale*, Québec

PARADIS, DORIS, (2002-2003), *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, Vérificateur général du Québec, Québec, Tome II, chapitre 2, 14-46 pages

RONDEAU, ALAIN, JACOB, RÉAL, (2005), *Construire un leadership de changement*, HEC, Montréal

RONDEAU, ALAIN, JACOB, RÉAL, LUC, DANIELLE, (2005), *La gestion stratégique du changement*, Soutien à l'implantation des réseaux locaux, Montréal

SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, (vol. 24, no 2, automne 1999), *Le développement des cliniques externes de psychiatrie*.

## Lexique

*Le présent lexique, qui reste à compléter, s'inspire largement du Plan d'action en santé mentale du MSSS.*

**Niveaux de services** — Les balises sur les niveaux d'accès sont utiles si elles facilitent la compréhension du cheminement de la clientèle dans une organisation hiérarchisée des services. Une bonne connaissance des niveaux de services devrait faire en sorte que les ressources appropriées soient utilisées pour répondre aux besoins des personnes et des familles. Voici une définition des services de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne. Vous pouvez également référer au tableau préparé par les Drs Pierre Lalonde et Alain Lesage à la fin du présent lexique.

**Les services de première ligne** — Le premier niveau d'accès est celui des services de 1<sup>re</sup> ligne. Les services de 1<sup>re</sup> ligne sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ceux-ci doivent être disponibles près des milieux de vie des personnes. Les services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale sont de deux ordres : des services généraux offerts à toute la population et une 1<sup>re</sup> ligne spécifique dédiée à la santé mentale. Les services de 1<sup>re</sup> ligne sont offerts par les CSSS, les cliniques médicales, les GMF, certains organismes communautaires et les centres hospitaliers pour leur volet urgence.

**Les services de deuxième ligne** — Le deuxième niveau de services regroupe les services de 2<sup>e</sup> ligne qui agissent en soutien à la 1<sup>re</sup> ligne. Sauf exception, ces services devraient requérir une référence pour y accéder.

Les services de 2<sup>e</sup> ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de 1<sup>re</sup> ligne et traiter les personnes dont le traitement n'est pas suffisant à ce niveau.

Les services de 2<sup>e</sup> ligne sont offerts par les CSSS, par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques.

**Les services de troisième ligne** — Le troisième niveau d'accès soutenant le premier et le deuxième niveau est celui des services de 3<sup>e</sup> ligne. Ces services sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles sur référence. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé et sociaux très complexes, dont la prévalence est faible, ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par la 2<sup>e</sup> ligne.

Les services de 3<sup>e</sup> ligne sont identifiés par les RUIS et offerts par certains centres hospitaliers CHU, CUA, CHPSY.

**Agent de liaison** — La fonction de liaison est de première importance en santé mentale et est essentielle particulièrement pour le fonctionnement harmonieux et efficace des services d'intervention en situation de crise. Prenons, à titre d'exemple, les liens entre l'unité d'urgence, les services hospitaliers (incluant les unités de soins) et les services dans la communauté (CLSC, GMF, médecins de famille, centres de jour, centres de traitement et autres centres hospitaliers) qui sont souvent non satisfaisants et incomplets. Il importe qu'un ou plusieurs professionnels se partagent la responsabilité d'assurer des liens pour que les personnes ayant traversé un épisode de crise ne se retrouvent pas sans service, si elles en ont besoin.

L'agent de liaison est appelé à assumer trois fonctions mutuellement complémentaires: celle de créer un lien avec la personne concernée et son entourage, celle d'épauler l'ensemble du personnel oeuvrant auprès de la personne, celle de créer des ponts entre les ressources du milieu.

**Intervenant pivot** — Pour les personnes aux prises avec les conséquences des troubles mentaux et pour celles présentant un risque suicidaire élevé, des activités de soutien et d'accompagnement peuvent être nécessaires pour leur permettre de se réapproprier le contrôle de leur vie. Ces activités s'inscrivent dans des services de soutien d'intensité variable, de soutien postcrise suicidaire ou de soutien à la vie dans des logements de façon autonome.

L'intervenant pivot (*case manager*) est la personne significative auprès de l'utilisateur de services. Il effectue lui-même certaines activités de soutien décidées avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir. Compte tenu du nombre important de dispensateurs, il travaille en interdisciplinarité.


**Interdisciplinarité** — L'interdisciplinarité se définit comme le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne, en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches. Alors que la multidisciplinarité (ou la pluridisciplinarité) ne nécessite que la présence de plusieurs disciplines rassemblées autour de l'analyse d'un objet commun (évaluation ou intervention), l'interdisciplinarité exige en plus une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègre en un tout cohérent et coordonné. Trois conditions essentielles doivent être satisfaites pour atteindre l'interdisciplinarité: la cible doit être commune, le pouvoir doit être partagé et les intervenants doivent connaître leur compétence réciproque.

Selon cette approche, les professionnels travaillent en partage de responsabilités auprès d'une personne et de sa famille, en gardant le souci d'une communication efficace. Ces professionnels agissent donc selon leurs compétences, se font confiance mutuellement et acceptent le savoir des autres.

Contours des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes de services en santé mentale\*

	PREMIÈRE LIGNE	DEUXIÈME LIGNE	TROISIÈME LIGNE
<b>TYPES DE SOINS</b>	Général, de base	Spécialisés	Ultraspécialisés
<b>TYPES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles d'adaptation</li> <li>• Troubles mentaux courants</li> <li>• Troubles avec les substances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles mentaux graves</li> <li>• Troubles mentaux courants mais complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles mentaux graves et très complexes</li> <li>• Troubles mentaux courants ou graves pour fins d'enseignement universitaire et de recherche</li> </ul>
<b>NIVEAUX DE DESSERTE</b>	Quartier, localité	Secteur	National
<b>INTERVENANTS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omnipraticiens</li> <li>• Professionnels en privé ou en CLSC</li> <li>• Intervenants des organismes communautaires et de la communauté</li> <li>• Bénévoles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatres</li> <li>• Professionnels spécialisés en psychiatrie ou toxicomanies ou déficience intellectuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatres et équipes de professionnels ultraspécialisés en psychiatrie ou toxicomanies ou déficience intellectuelle</li> </ul>
<b>LIEUX DE SOINS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communauté</li> <li>• Bureaux privés</li> <li>• Urgence</li> <li>• Établissements publics et communautaires (ex. : CLSC)</li> <li>• Centres de crise</li> <li>• CHSLD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unités de soins hospitaliers</li> <li>• Urgence</li> <li>• Cliniques externes de psychiatrie</li> <li>• Centres de réadaptation</li> <li>• Milieux résidentiels supervisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établissements hospitaliers universitaires</li> <li>• Cliniques externes ultraspécialisées</li> <li>• Centres de réadaptation expérimentaux</li> </ul>
<b>EXEMPLES DE SOINS PRODIGUÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des problèmes sociaux ou médicaux</li> <li>• Intervention de base</li> <li>• Médication</li> <li>• Psychothérapies</li> <li>• Counseling</li> <li>• Suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation</li> <li>• Médication</li> <li>• Psychothérapies spécifiques</li> <li>• Electroconvulsivothérapie</li> <li>• Réadaptation</li> <li>• Désintoxication en unité spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation</li> <li>• Médication</li> <li>• Psychothérapies spécifiques</li> <li>• Interventions et programmes expérimentaux</li> <li>• Soins hospitaliers médico-légaux</li> </ul>
<b>PORTE D'ENTRÉE</b>	Population générale	Référé par M.D. ou intervenants de 1 <sup>re</sup> ligne	Référé par M.D. de 2 <sup>e</sup> ligne
<b>FONCTIONS INTERLIGNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins et suivi</li> <li>• Identification des cas complexes et référence à la 2<sup>e</sup> ligne</li> <li>• Reprend les cas graves stabilisés suite à référence à la 2<sup>e</sup> ligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et soutien à la 1<sup>re</sup> ligne</li> <li>• Soins et suivi des cas graves</li> <li>• Reprend les cas très graves stabilisés par la 3<sup>e</sup> ligne</li> <li>• Télé-psychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation à la 2<sup>e</sup> ligne</li> <li>• Soins et suivi des cas très graves</li> <li>• Télé-psychiatrie</li> </ul>
<b>EXEMPLES D'HÉBERGEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foyer de femmes battues</li> <li>• CHSLD répartis partout au Québec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidences d'accueil, foyers de groupe, etc.</li> <li>• Unités spécifiques de CHSLD accueillant les patients psychiatriques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hébergement expérimental destiné aux personnes avec troubles mentaux graves</li> </ul>
<b>EXEMPLES DE POINTS DE SERVICE DE RÉADAPTATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres de réadaptation au travail génériques (n'acceptent pas seulement les personnes avec troubles mentaux)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres publics ou communautaires de réadaptation au travail accueillant seulement des personnes avec troubles mentaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres de réadaptation expérimentaux</li> </ul>
<b>ENSEIGNEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation à la communauté et entre les services de base</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement collégial et universitaire</li> <li>• Formation continue</li> <li>• Soutien et supervision de la 1<sup>re</sup> ligne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement universitaire</li> <li>• Formation continue</li> <li>• Formation à la recherche</li> <li>• Soutien et supervision de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes</li> </ul>
<b>RECHERCHE</b>	Collaboration à la recherche	Collaboration à la recherche	Organise et génère de la recherche
<b>FORMATION DES INTERVENANTS</b>	Secondaire à universitaire	Collégiale et universitaire	Universitaire

\* Auteurs: D<sup>r</sup> Pierre Lalonde et Alain Lesage, Hôpital Louis-H. Lafontaine, novembre 2001



Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec conviait récemment son réseau à des transformations majeures de son organisation afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. Face à un tel bouleversement, les établissements de santé sont appelés à s'adapter. C'est dans ce contexte que l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a entrepris de se diriger vers une organisation par programmes spécifiques.

Avec l'orientation stratégique prônant un fonctionnement par programmes spécifiques, le présent ***Cadre de référence de l'organisation des soins et des services cliniques*** constitue le point d'ancrage de ce changement. Il indique clairement la voie dans laquelle nous nous engageons pour les prochaines années : nous centrer sur l'amélioration de notre offre de services spécialisés et surspécialisés pour les usagers, le support à leur famille et leurs proches, ainsi que sur la mise en place d'un contexte de travail stimulant et valorisant au sein même de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et avec nos partenaires.

Hôpital  
Louis-H. Lafontaine

AFFILIÉ A  
Université   
de Montréal