

# UNIS dans TOUS les SENS

Orientations régionales concernant les services offerts  
aux personnes présentant des problématiques multiples  
et le Complément

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Mauricie  
et du Centre-du-Québec

Québec





# UNIS dans TOUS les SENS

Orientations régionales concernant les services offerts  
aux personnes présentant des problématiques multiples

pour S'ALIMENTER

pour S'ÉPAULER

pour VOIR LOIN

pour TENDRE L'OREILLE

pour AVOIR DU FLAIR

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Mauricie  
et du Centre-du-Québec

Québec 

**Document produit par :**

la Direction des services sociaux de  
l'Agence de la santé et des services  
sociaux de la Mauricie et du Centre-du-  
Québec

**Responsabilité :**

M. Marc Lacour  
Directeur des services sociaux

**Mise en page et**

**traitement de texte :** M<sup>me</sup> Carole Germain

*Dépôt légal – 2006*

*Bibliothèque nationale du Québec*

*Bibliothèque nationale du Canada*

*ISBN : 2-89340-139-2*

*Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source*

*Document disponible sur notre site Internet : [www.agencesss04.qc.ca](http://www.agencesss04.qc.ca)*

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

21<sup>e</sup> assemblée du conseil d'administration

Date : 14 juin 2006

Article : CAAD-21-05

Résolution : CAAD-06-21

**RÉSOLUTION relative aux orientations  
régionales concernant les personnes  
présentant des problématiques multiples**

CONSIDÉRANT l'importance d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples;

CONSIDÉRANT les travaux conduits par l'Agence ;

CONSIDÉRANT l'avis favorable exprimé par la Table régionale des directeurs généraux,

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée, d'adopter les *Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Fait à Trois-Rivières  
Le 15 juin 2006

Le Secrétaire du conseil d'administration,

**Original signé par Michèle Laroche**

Michèle Laroche,  
Présidente-directrice générale

Lors de sa planification annuelle, l'Agence a retenu dans ses priorités le dossier de l'accès aux services pour les personnes présentant de multiples problématiques. À cette fin elle a conduit, au cours de l'année, une réflexion et une démarche mettant à contribution le Comité régional des directeurs généraux et son Comité de pilotage stratégique. La direction des services sociaux, chargée de ce dossier, a tenu 4 rencontres de travail réunissant un groupe de 8 directeurs généraux d'établissements de la région\*. De plus, une séance de travail a eu lieu avec un groupe d'experts\*. Les résultats d'une collecte d'information concernant la clientèle des personnes vivant avec un traumatisme cranio-cérébral, réalisée en septembre 2004, ont également été utilisés pour soutenir les travaux.

Nous retrouvons, dans le présent document, une description du contexte national suivie d'un aperçu de l'évolution du contexte régional. Par la suite, sont décrits les problématiques rencontrées et les principes directeurs devant encadrer nos conduites dans un tel domaine. Enfin, des précisions sont présentées concernant les mandats dévolus aux établissements au regard de l'offre de service à ces personnes ainsi que la description d'un mécanisme régional d'orientation concernant le traitement des cas litigieux.

Les présentes orientations constituent une première assise dans la région. Elles n'ont pas la prétention d'être complètes et définitives. Elles devront faire l'objet d'une expérimentation et auront à subir certains ajustements ou ajouts qui tiendront compte de l'évolution de la situation.

## Contexte national

---

La question du partage des responsabilités concernant l'offre de service aux personnes présentant une multiproblématique a déjà été abordée de différentes façons. Elle a d'abord été traitée sous l'angle du programme jeune en difficulté.

En effet, en octobre 2000, monsieur Pierre Corriveau avait étudié la situation de l'engorgement des places en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans la région métropolitaine de Montréal. Il indiquait, dans son rapport, qu'un nombre important de places dans les centres jeunesse était occupé par des jeunes présentant des problèmes de santé mentale. En ce sens, il recommandait au Ministère de mettre sur pied un comité de travail pour y approfondir la question et proposer des solutions.

En 2001, lorsque le Ministère adopta sa *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté*, l'idée de constituer un groupe de travail sur les multiproblématiques a été retenue. Un comité fut mis en place en ajoutant, dans ses cibles d'observation, les problématiques touchant la déficience intellectuelle et la déficience physique pour toutes les situations d'enfants requérant un hébergement, et ce, dans l'ensemble des régions du Québec. Ce comité déposa un rapport intérimaire en 2003. 246 cas avaient alors été inventoriés, dont 25 touchaient notre région. Notons que le Ministère identifiait cette année une attente administrative pour toutes les régions concernant une demande de collaboration à la réalisation d'une étude visant à examiner systématiquement la situation de tous les jeunes hébergés dans les installations de réadaptation des centres jeunesse.

---

\* Voir liste en annexe.

Dans les suites de sa Stratégie d'action, le Ministère constitua un nouveau groupe de travail chargé de définir l'offre de service spécialisé aux jeunes et de proposer des clarifications sur les responsabilités des partenaires, en y intégrant les recommandations du groupe chargé d'étudier la situation des multiproblématiques (*De la complicité à la responsabilité*, avril 2004).

Toujours au chapitre des interventions ministérielles, rappelons la directive du sous-ministre, monsieur Pierre Gabrièle (avril 2000), dans laquelle on désirait relocaliser tous les adultes qui le souhaitaient dans des ressources mieux adaptées et qui se trouvaient en CHSLD. Dernièrement, dans le plan d'action sur les salles d'urgence, le Ministère envisageait que soient facturés aux établissements responsables, les coûts associés à l'hospitalisation des personnes en attente d'hébergement.

Enfin, dans son Plan d'action en santé mentale (2005-2010), le Ministère propose que les CSSS conviennent, dans leur projet clinique, des collaborations à établir spécifiquement pour les personnes qui présentent une comorbidité liée à la toxicomanie et un trouble mental et une comorbidité pour celles qui ont une déficience intellectuelle et un trouble mental.

Par ailleurs, les associations d'établissements se sont mobilisées pour conduire des travaux visant à préciser leurs responsabilités respectives et leurs modes de collaboration. Mentionnons, à cet effet, les travaux de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) et de la Fédération des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et la production, en octobre 2004, du *Cadre de référence nationale pour la conclusion d'ententes entre les CJ et les CRDI*.

## Contexte et solutions régionales

---

Au cours des dernières années, le déploiement des politiques ministérielles et des orientations régionales dans les différents programmes de service ont mis l'emphase sur la désinstitutionnalisation, le maintien à domicile, l'intégration sociale, la participation sociale, la valorisation des rôles sociaux ainsi que sur l'appropriation du pouvoir. Cette vague de fond a favorisé l'émergence des groupes communautaires et a permis la diversification des types d'hébergement plus légers et de plus petite taille. Elle a également contribué à la réduction de la réponse institutionnelle, de telle sorte que nos installations susceptibles d'offrir un encadrement sécuritaire statique et dynamique sont maintenant limitées (site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie, pour les 18 ans et plus, et Centre de réadaptation du Centre jeunesse, pour les moins de 18 ans).

Rappelons, toutefois, la prise en charge régionale de la psychiatrie légale par la création d'une unité spécialisée en 1991.

En avril 1999, la Régie adoptait des orientations régionales pour les ressources non institutionnelles. Afin de clarifier la situation, on y affirmait que c'était l'état de la personne et sa condition qui déterminaient l'établissement responsable de la prise en charge des personnes et non la nature du service qu'elle pourrait requérir. En termes clairs, la personne qui présentait un problème de santé mentale ne nécessitant pas de traitement actif se retrouvait dans le programme santé mentale et la personne présentant une déficience intellectuelle ne nécessitant pas des services de réadaptation se retrouvait à l'intérieur du programme déficience intellectuelle. De la même façon, la Régie avait ciblé la double problématique de santé mentale et de toxicomanie lors de l'adoption de ses orientations régionales en

alcoolisme et toxicomanie (1999), ce qui a donné lieu à un rapprochement et à l'émergence de nouvelles collaborations entre ces deux programmes, dont nous observons des résultats intéressants.

L'opération de transformation de l'Hôpital St-Julien avait aussi permis, dans un vaste exercice d'évaluation, de départager la clientèle en trois cohortes, soit celle des personnes âgées, celle de la santé mentale et celle de la déficience intellectuelle. La fermeture de cet établissement a amené le développement et la consolidation des résidences à assistance continue du CSDI. La région dispose également, depuis quelques années, d'une ressource intermédiaire d'hébergement qui accueille des personnes ayant une déficience intellectuelle et des problèmes de santé mentale, de même que 4 lits, réservés à cette même clientèle, en hospitalisation de longue durée. Cette dernière ressource s'inscrit dans le cadre du Programme *Double expertise DI-santé mentale* pour lequel le CSSS de l'Énergie et le CSDI sont mandatés par l'Agence. Leur programme comprend un service d'évaluation, des services externes et ces lits d'hospitalisation de longue durée.

Il est intéressant aussi de souligner le développement de 5 îlots résidentiels qui accueillent des adultes ayant des déficiences physiques ou atteints de maladie dégénérative chronique, telle la sclérose en plaques.

La désignation d'un établissement responsable des enfants vivant avec un trouble envahissant du développement a permis la prise en charge d'enfants qui étaient souvent ballottés dans le réseau et laissés sans service approprié à leur état.

En 2000, la Régie précisait de façon formelle des lignes directrices sur le partage des rôles et des responsabilités entre les établissements concernant les situations litigieuses en matière de service et d'hébergement public.

En 2004, on observe l'émergence des nouveaux centres de santé et de services sociaux et on prévoit un effet positif dans le traitement et l'orientation de ces dossiers, particulièrement dans le continuum des services aux personnes en perte d'autonomie. On peut toutefois anticiper un repositionnement des instances locales dans leur dynamique relationnelle avec les établissements régionaux. Soulignons, également, le développement d'un projet de création d'une ressource spécialisée pour les personnes vivant avec un traumatisme crânio-cérébral et celui d'une ressource pour les personnes suicidaires. Toujours en 2004, l'Agence retient dans ses priorités annuelles le dossier des personnes présentant une problématique multiple.

Plus récemment, les mesures exceptionnelles prises pour faciliter l'accès à l'hébergement des personnes hospitalisées au CHRTR lors du déménagement ont permis d'illustrer avec éloquence l'ampleur et la complexité des situations rencontrées. Également, en décembre 2005, l'Agence a adopté son plan d'action sur le vieillissement et aborde dans celui-ci les enjeux relatifs aux services aux personnes qui présentent soit des handicaps ou des problèmes de santé mentale et qui ont un profil gériatrique en raison de leur perte d'autonomie.

Enfin, en novembre 2005, les balises à la hiérarchisation des services entre les CSSS et les établissements spécialisés à vocation régionale étaient officialisées par l'Agence à l'égard de 5 programmes-services, à savoir les jeunes (incluant Jeunes en difficulté, Dépendances, DP, DI-TED, Santé mentale), Dépendances, Déficience physique, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Santé mentale. Fut aussi mis en circulation, un protocole-type d'entente de collaboration CSSS-ESVR qui permet de préciser les mécanismes d'accès, de référence et de règlement de litiges.

## Problématiques rencontrées

---

Depuis les dernières années, l'Agence est plus fréquemment interpellée pour trancher des litiges et arbitrer des différends. Ces situations génèrent beaucoup de tension dans le réseau et affectent la qualité des relations entre les partenaires. C'est surtout la responsabilité d'offrir des services d'hébergement qui est au cœur du problème. L'impact financier élevé, la difficulté d'offrir une ressource adaptée, l'effet perturbateur du comportement de ces personnes chez les autres résidants, la gestion des risques que présente cette clientèle et les limites de disponibilité d'une expertise compétente sont souvent évoqués. À titre illustratif, mentionnons que le tiers des 498 personnes qui ont été visitées en 2002 par le Curateur public présentait une double problématique et que 10 % en présentait 3 (démence, déficience intellectuelle, santé mentale).

On compte présentement dans la région 10 établissements gestionnaires de ressources non institutionnelles, deux dans le secteur enfance (CJ et CSDI) et huit chez les adultes et âgés. Les établissements gestionnaires pour les adultes et âgés sont de trois types. Certains s'adressent aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (CSSS), l'un occupe le champ de santé mentale (CHCM) et le troisième concerne la déficience intellectuelle (CSDI).

Les clients concernés sont généralement connus du réseau et ont régulièrement fait l'objet de plusieurs déplacements antérieurs. Ils suscitent énormément de discussions et sont soumis à de multiples évaluations, ce qui entraîne de longs délais pour statuer sur une orientation. Ces personnes requièrent assez souvent des services pour une longue période.

Nous savons que les établissements spécialisés reçoivent leur clientèle par référence. Nous avons dû, au cours des dernières années, insister pour que ces ressources soient utilisées de façon judicieuse pour préserver leur efficacité et éviter leur engorgement. À titre d'exemple, mentionnons les services de pédopsychiatrie et les cliniques externes du Centre de réadaptation InterVal. Toutefois, on observe que les établissements ont tendance à développer des réflexes protectionnistes interprétant parfois de façon restrictive l'exercice de leur mission, en insistant davantage sur les facteurs d'exclusion de la clientèle plutôt que d'inclusion. On constate, à cet effet, que le réseau en déficience intellectuelle et en santé mentale base l'accès à ses services sur la présence d'un diagnostic. Celui-ci devient plus rigide et restrictif, générant ainsi des trous de services.

On observe que le problème se pose principalement à six endroits :

- Après une période d'hospitalisation;
- Au passage à l'âge adulte, après avoir reçu des services en centre jeunesse;
- Dans l'interface entre la pédopsychiatrie et le CJ, en absence de lits d'hospitalisation de courte durée;
- Entre le réseau en déficience intellectuelle et celui en santé mentale;
- Plus particulièrement pour les personnes présentant des troubles de comportement (agressivité, violence);
- Pour la clientèle vieillissante en déficience intellectuelle et en santé mentale ainsi que les traumatisés cranio-cérébraux pour lesquels on sollicite la collaboration du réseau d'hébergement des personnes en perte d'autonomie.

## Principes directeurs

---

Pour bien positionner le problème, ainsi que les solutions envisagées pour le régler, il nous faut développer sur des bases solides une vision cohérente. Ces assises sont les suivantes :

1. Que la région s'engage à une autoportance régionale, dans tous les cas.
2. Que les établissements améliorent leur capacité à répondre aux besoins des personnes qui présentent des problématiques multiples.
3. Que les services aux personnes présentant des problématiques multiples sont conçus et rendus selon une approche qui tient compte, d'abord et avant tout, de la gravité, de l'intensité et du cumul des différentes problématiques vécues par la personne et ses proches plutôt que d'être conditionnels à l'obtention d'un diagnostic établi.
4. Qu'en conséquence, la contribution des divers établissements est fixée en fonction de la réponse la mieux adaptée possible à ces besoins, en tenant compte des expertises requises, des compétences existantes, des ressources disponibles et des responsabilités de chaque établissement.
5. Que les mécanismes d'accès aux services prévoient le traitement de ces situations.
6. Que les CSSS assurent la coordination de l'évaluation multidisciplinaire des situations multiproblématiques.
7. Que les CSSS soient responsables d'assurer la coordination et la concertation des partenaires dans l'organisation des services aux personnes présentant de multiples problématiques, et ce, tant à l'interne qu'auprès de leurs partenaires.
8. Qu'en tout temps, la réponse aux besoins d'une telle personne et de ses proches se définit dans le cadre d'un plan de services individualisés et, lorsque requis, un plan de réinsertion.
9. Que les établissements spécialisés à vocation régionale partagent la responsabilité populationnelle assumée par le CSSS et, en ce sens, mettent à contribution les ressources nécessaires au support-conseil des CSSS et des autres partenaires ou en services directs auprès de la personne ou de ses proches.
10. Que les établissements soient responsables d'assurer, sur le territoire, la reprise en charge des clientèles ayant connu un épisode de soins, dont la situation est stabilisée, et qui sont hospitalisées dans les services régionaux de santé mentale.
11. Que chaque établissement désigne formellement un répondant responsable de la liaison pour solutionner les difficultés rencontrées.
12. Constituer, à même les ressources financières dont l'établissement dispose, une réserve pour éventualités lui permettant d'assumer les coûts marginaux engendrés par la prise en charge de personnes ayant des problèmes multiples et complexes.
13. Que les directions des établissements s'assurent que les interpellations dans les cas litigieux entre partenaires soient traitées.
14. Qu'en dernier recours, on sollicite l'Agence pour porter les arbitrages avec décisions exécutoires et détermination des conditions d'exercice et de délais de prise en charge par l'établissement désigné.
15. Que, lorsque la ressource appropriée n'est pas disponible, la personne en attente de service se retrouve sous la responsabilité administrative et clinique de l'établissement désigné.

## Mandat

---

Certaines difficultés rencontrées ont trait au partage des responsabilités entre les différents établissements. Afin d'assurer un accès et une réponse adaptée aux besoins des personnes présentant des problématiques multiples, l'Agence précise le mandat qu'elle confie aux établissements suivants :

### **Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec :**

Que ce soit dans le cadre de l'application de la Loi sur la justice pénale pour adolescents ou de la Loi de la protection de la jeunesse ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il est responsable d'assurer l'encadrement et l'hébergement des enfants et des jeunes de moins de 18 ans présentant des troubles de santé mentale, diagnostiqués ou non.

### **Les centres de santé et de services sociaux :**

Responsable d'assurer l'encadrement et l'hébergement adapté aux adultes et aux personnes âgées présentant des troubles de la conduite et du comportement, non diagnostiqués en santé mentale.

### **Le Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie :**

Responsable, au plan régional, d'assurer l'encadrement et l'hébergement des adultes et des personnes âgées présentant des troubles de la conduite et du comportement, non diagnostiqués en santé mentale, et un niveau de dangerosité élevé nécessitant un milieu sécuritaire pour assurer leur protection et celle des autres. C'est donc dire qu'en plus du mandat concernant la double expertise *santé mentale-DI* que l'établissement partage avec CSDI, on ajoute ici une responsabilité pour les personnes présentant une multiproblématique et qui nécessitent une hospitalisation de longue durée.

### **Le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières :**

Responsable régional du développement et de la gestion d'une résidence d'hébergement assistée pour recevoir la clientèle adulte vivant avec un traumatisme crânio-cérébral.

## **Le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec**

Responsable, au plan régional, d'assurer l'encadrement et l'hébergement des jeunes et des adultes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et des troubles de la conduite et du comportement, diagnostiqués ou non diagnostiqués en santé mentale, ainsi que la clientèle polyhandicapée.

## **Les centres hospitaliers et établissements à vocation hospitalière exploitant une salle d'urgence :**

Que le recours au service d'urgence pour cette clientèle soit planifié et intégré au plan de services dans une stratégie d'ensemble qui prévoit rapidement le retour de la prise en charge à l'établissement responsable.

## **Tous les établissements**

Que l'offre de service professionnelle devant être accordée aux personnes présentant des problématiques multiples constitue une zone de collaboration obligatoire pour tous les établissements concernés.

## Traitement des situations litigieuses

---

Il est possible que surviennent des différends entre les établissements concernant l'orientation à privilégier dans l'offre de service à dispenser à une personne présentant des problématiques multiples. Pour traiter et disposer de cette situation, l'Agence exerce une fonction d'arbitrage. Cette fonction porte essentiellement sur deux volets :

1. La détermination du ou des établissements responsables d'offrir les services prévus au plan de services et ce, en cohérence avec les politiques ministérielles, les orientations régionales et les mandats confiés aux établissements.
2. La détermination des conditions de prise en charge de ces activités par le ou les établissements désignés (délai, contribution et participation attendue, transition, durée, partage et mise en commun d'expertises).

Pour exercer cette fonction, l'Agence désigne un directeur qui sera chargé de recevoir, d'analyser et de traiter les demandes.

Les CSSS sont responsables de soutenir la concertation et de s'assurer de la coordination de services sur leur territoire.

Avant d'interpeller l'Agence, le CSSS doit s'assurer que toutes les évaluations nécessaires à la compréhension de la situation soient présentes et complétées et que le plan de services individualisés est élaboré. Également, le CSSS doit faire en sorte que tous les mécanismes existants (mécanisme d'accès, table d'orientation, équipe jeunesse intégrée) ont été interpellés, qu'ils ont exercé leurs responsabilités et qu'ils ont identifiés les dimensions du plan de services individualisés qui font l'objet d'un différend.

Uniquement les personnes de l'encadrement supérieur des CSSS peuvent solliciter l'intervention de l'Agence.

## Suivi et évaluation

---

L'Agence sollicitera la collaboration de la Table régionale des directeurs généraux pour procéder périodiquement à l'évaluation des principales dispositions de ce document d'orientation tant au plan de la nature des problématiques rencontrées, du respect des principes directeurs, de l'exercice des mandats que du bilan des décisions prises par l'Agence concernant les situations litigieuses.

**Liste des membres du comité d'experts**

**Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec**

Nathalie Bishop  
Luc Corbeil

**Centre hospitalier régional de Trois-Rivières**

Sébastien Rouleau

**Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable**

Jean-François Bussières

**Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie**

Serge Champagne  
Lise Gélinas

**Centre de réadaptation InterVal**

Michel Laberge

**Agence de la santé et des services sociaux**

Marc Lacour  
Jocelyne Tremblay

## Liste des directeurs généraux du groupe de travail

### Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec

Michel Boutet

### Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Jean Bragagnolo  
Yves Lamirande, en remplacement du directeur général

### Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable

Michel Delamarre  
Claude Charland, directeur général intérimaire

### Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Richard Desrochers

### Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Jean-Pierre Gagnon  
Pierre Bourassa

### Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan

Alain Lampron

### Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Guy Lemieux

### Centre de réadaptation InterVal

Serge Lemieux



# UNIS

dans TOUS les

# SENS

Complément aux orientations régionales  
concernant les services offerts aux personnes  
présentant des problématiques multiples

pour S'ALIMENTER  
pour TENDRE L'OREILLE  
pour S'ÉPAULER  
pour AVOIR DU FLAIR  
pour VOIR LOIN

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Mauricie  
et du Centre-du-Québec

Québec



**Document produit par :**

la direction des Services sociaux de l'Agence de la santé  
et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-  
Québec

**Responsabilité :** M. Marc Lacour  
Directeur des services sociaux

**Coordination :** M. Denis Brunette

**Mise en page et  
traitement de texte :** M<sup>me</sup> Carole Germain

*Dépôt légal – 2009  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
978-2-89340-192-8 (version imprimée)  
978-2-89340-193-5 (version PDF)*

*Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source*

*Document disponible sur notre site Internet : [www.agencesss04.qc.ca](http://www.agencesss04.qc.ca)*

## EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

44<sup>e</sup> assemblée du conseil d'administration  
Date : 18 février 2009  
Article : CAAD-44-05  
Résolution : CAAD-09-01

### **RÉSOLUTION relative au Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples**

CONSIDÉRANT les Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples adoptées le 14 juin 2006 (CAAD-06-21) et le résultat de leur expérimentation ;

CONSIDÉRANT la nécessité de mettre en place des mesures additionnelles qui nous rendent autoportant comme région et qui rehaussent le niveau global de capacité d'intervention à l'égard des personnes aux prises avec des problématiques multiples et présentant une dangerosité élevée;

CONSIDÉRANT l'accueil favorable par les établissements du Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples suite à la période de consultation;

CONSIDÉRANT les avis reçus de la Commission multidisciplinaire régionale et de la Commission infirmière régionale;

CONSIDÉRANT l'analyse faite par le conseil d'administration à la présente assemblée;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :

1. D'adopter le Complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples;
2. De mandater le président-directeur général à en assurer la mise en œuvre et à lui demander un rapport de suivi de gestion annuelle au cours des deux prochaines années.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

**Original signé par Jean-Denis Allaire**

Fait à Trois-Rivières  
Le 19 février 2009

Jean-Denis Allaire,  
Président-directeur général

## **Table des matières**

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Objet .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Origine du document et remerciements .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Avant-propos .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>La raison d'être de ce Complément aux orientations régionales et ses assises .....</b>  | <b>9</b>  |
| Multiproblématiques et dangerosité : les problèmes vécus par le réseau .....   | 9         |
| Les assises.....   | 11        |
| <b>Les quatre mesures retenues .....</b>   | <b>12</b> |
| Première mesure : un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement.....  | 12        |
| Deuxième mesure : ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive<br>pour la clientèle DI-TED avec troubles graves du comportement ..... | 13        |
| Troisième mesure : service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires.....  | 14        |
| Profil de la clientèle potentielle .....   | 15        |
| Définition de la dangerosité élevée.....   | 15        |
| Clientèle admissible au service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires.....   | 16        |
| Description du service.....  | 17        |
| Mécanismes d'accès.....  | 17        |
| Installations physiques.....   | 18        |
| Modalités de fonctionnement.....   | 18        |
| Quatrième mesure : service d'évaluation externe .....  | 19        |
| <b>Mise en œuvre.....</b>  | <b>20</b> |

## Objet

---

Le présent document contient un complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples. Ce complément traite essentiellement de quatre grandes mesures propres à accroître de façon importante la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de personnes présentant des problématiques multiples associées à un niveau de dangerosité.

Ces mesures seront mises en œuvre progressivement à compter de 2009 avec la participation active des établissements et des professionnels concernés. Nous les invitons à s'y consacrer avec l'ouverture, le dynamisme et le professionnalisme auxquels peuvent s'attendre nos concitoyens qui n'ont pas choisi un tel destin.

## Origine du document et remerciements

---

S'inspirant des travaux conduits en 2008 par deux comités, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a soumis à la consultation jusqu'à la fin de janvier 2009 un complément aux orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples. Globalement, ce complément a été bien accueilli. La consultation a soulevé des préoccupations dont quelques-unes ont amené des modifications au texte soumis à la consultation. Enfin, la majorité des commentaires enregistrés lors de cette consultation avaient trait aux modalités et conditions de mise en œuvre de ce complément. Ceux-ci pourront être pris en compte à cette étape.

Nous tenons à remercier les établissements qui ont participé à cette consultation. De même, nous souhaitons remercier les membres des deux comités qui ont accepté de collaborer à la réflexion sur la description du profil de la clientèle visée et l'organisation des services à l'intention des personnes présentant une dangerosité élevée.

Voici la liste des membres du Comité consultatif sur le projet de cadre de référence – volet hébergement sécuritaire<sup>1</sup> :

- M. Martin Bigras, Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
- M. Jean-François Bussières, Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- M<sup>me</sup> Lise Gélinas, Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (jusqu'au 28 mars 2008)
- M<sup>me</sup> Diane Marcotte, Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

---

<sup>1</sup> Document de travail intitulé « Cadre de référence relatif aux services d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire pour des adultes présentant des problèmes multiples et complexes et présentant une dangerosité élevée » version 7, mai 2008.

- M<sup>me</sup> Martine Morin, Centre de réadaptation InterVal
- M<sup>me</sup> Michèle Paquet, Domrémy (jusqu'au 26 mars 2008)
- M<sup>me</sup> Chantal Prince, Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec
- M<sup>me</sup> Monique Ribes, Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
- M<sup>me</sup> Line Routhier, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
- M<sup>me</sup> Diane Vézina, Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie (en remplacement de M<sup>me</sup> Lise Gélinas)

Pour sa part, le Comité restreint du CSSS de l'Énergie, qui initialement devait inclure des partenaires, a produit pour dépôt à l'Agence une proposition visant la mise sur pied de services d'hospitalisation, dont plusieurs éléments sont intégrés à la présente.

Les membres du Comité restreint du CSSS de l'Énergie<sup>2</sup> sont:

- Dr Jean-René Cossette
- Dr Jacques Boisjoli
- M<sup>me</sup> Diane Vézina
- M<sup>me</sup> Lise Gélinas
- M<sup>me</sup> Lucie Gauthier (animatrice de ce comité)

---

<sup>2</sup> CSSS de l'Énergie « Projet Clientèle présentant des problématiques multiples – Hospitalisation à durée limitée », version mai 2008.

## Avant-propos

---

La présence de comorbidité chez les personnes qui ont recours au réseau de la santé et des services sociaux est de plus en plus fréquente. Il en est de même des personnes qui vivent des problématiques multiples et complexes. Elles aussi nous semblent plus nombreuses, d'autant plus qu'elles lancent le défi de notre capacité, comme réseau, à leur répondre adéquatement. C'est tellement vrai, que notre région a jugé bon de se doter, en juin 2006 d'orientations régionales concernant les services à leur offrir.

Or, l'expérimentation vécue depuis ce temps rend évident le besoin de compléter ces orientations régionales, particulièrement en ce qui a trait à l'organisation des services à l'intention des personnes aux prises avec des problèmes multiples associés à un haut niveau de dangerosité. Le document qui suit introduit et présente ce complément.

Mais, avant de se lancer dans la lecture de ce document, une invitation et une mise en garde s'imposent.

### Cinq convictions partagées

D'abord l'invitation. Nous invitons chacun des dirigeants, des gestionnaires, des professionnels et des intervenants à parcourir ce document d'orientation et à mettre en œuvre les quatre mesures préconisées en étant animé par les convictions suivantes, largement partagées par les établissements de la région.

**La première conviction** est que les personnes que l'on qualifie de « multiproblématiques » n'ont pas choisi de l'être et ont besoin de notre solidarité. Elles ne sont pas heureuses de vivre ce qu'elles vivent, y compris leurs excès de comportement. Et leurs proches non plus. Cela dit, elles ont droit à notre compassion et à une contribution du réseau ajustée à leurs besoins, au même titre que n'importe quel autre citoyen de notre région.

**La seconde conviction** a trait à la nécessité de croire au potentiel des personnes et ce, même s'il nous apparaît parfois très faible. C'est à nous de rechercher les moyens qui, en prenant appui sur le respect de la personne, de son intégrité, de son individualité, de son droit à la liberté et à l'égalité, nous amènent à favoriser sa réadaptation, son intégration et sa participation sociale, malgré ses très nombreuses limites.

**La troisième conviction** est la suivante : il revient au réseau d'adapter ses services aux caractéristiques et aux besoins des personnes et non l'inverse. Nous avons le défi de mettre en place les ressources nécessaires à leur traitement et à déployer une offre de service qui répond spécifiquement à leurs besoins. L'effort consacré à la formation des intervenants et des gestionnaires, à la mise en place de pratiques efficaces de gestion de ces problématiques de même qu'à l'adaptation de nos milieux et ressources de soins et d'hébergement va en ce sens.

**La quatrième conviction** est qu'il n'y a pas de solution viable sans une forte cohésion au sein du réseau, caractérisée par une contribution significative et active de tous les partenaires. Cette conviction nous renvoie à la nécessité de fonctionner en réseau plutôt qu'en silos, à promouvoir la présence entre nous de mécanismes efficaces d'accès, de liaison et de communication qui reflètent une offre de service graduée, fluide et bidirectionnelle de façon à rendre le bon service, au bon moment, au bon endroit, par la bonne personne.

Enfin, **la cinquième conviction** est que les personnes aux prises avec des problèmes multiples et complexes ne disparaîtront pas, ne changeront pas de région, ne seront pas regroupées ni prises en charge dans un endroit quelconque, par un mandataire unique. Au contraire, nous avons la conviction que le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec, au-delà des questions de solidarité, de croyance dans le potentiel des personnes, d'adaptation de nos services et de nécessité de fonctionner en réseau, a la capacité de répondre à ces personnes à l'intérieur de l'organisation actuelle des services en lui apportant un certain nombre d'ajustements.

Lorsqu'on y pense bien, ces cinq convictions sont tout à fait congruentes avec **l'ambition de notre Projet régional**, que les directions générales ont récemment mise à jour, à savoir :

*« Améliorer la santé et le bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec par l'action concertée de véritables réseaux locaux de services œuvrant au sein d'un réseau régional cohérent, qui rapprochent les services des citoyens, qui règlent vraiment les problèmes d'accès et qui opèrent avec humanité, efficience, efficacité et innovation. »*

### **Portée du présent complément aux orientations**

Quant à la mise en garde, la voici. Sciemment, dans ce complément, l'Agence fait le choix de mettre en évidence les services destinés aux individus présentant un haut niveau de dangerosité.

Les personnes dont le niveau de dangerosité est moindre ou passager ne sont pas ignorées pour autant. Afin de transiger efficacement avec ces personnes, l'une des mesures mises de l'avant dans ce complément vise le développement de l'expertise des intervenants du réseau. Nous référons ici à la création d'un centre d'expertise et de formation. Cette mesure sera notamment utile aux CSSS à l'égard de certaines personnes qu'ils hébergent dans leurs installations ou en ressources non institutionnelles.

Cela dit, s'inspirant de la loi de Pareto, l'Agence estime qu'il nous faille d'abord se concentrer sur la réponse à donner aux individus avec lesquels nous éprouvons le plus de difficulté, qui monopolisent, toutes proportions gardées, le plus de ressources et d'énergie. À ce choix, s'ajoute la conviction qu'une réponse plus adéquate à ces personnes jumelée au développement des compétences des équipes de notre réseau et à l'application des orientations régionales de 2006, permettront à chacun d'être en meilleure posture pour adapter ses services aux autres personnes dites « multiproblématiques ».

## La raison d'être de ce Complément aux orientations régionales et ses assises

---

### **Multiproblématiques et dangerosité : les problèmes vécus par le réseau**

Les établissements sont tour à tour interpellés par la prise en charge d'individus présentant des problématiques multiples accompagnés de troubles du comportement. Ces personnes reçoivent les services adaptés à leur condition dans leur milieu de vie, dans la communauté ou dans un milieu substitut selon la mission propre à chacun des établissements impliqués au plan de services.

De façon générale, le Centre jeunesse réussit à prendre en charge l'ensemble des enfants et des jeunes de moins de 18 ans fréquentant ses services et présentant de telles caractéristiques. De même, les départements de psychiatrie et le CSSS de l'Énergie (pour les personnes ayant une maladie mentale), le CSDI (pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) jumelés à des troubles de comportement), le CSSS de l'Énergie et le CSDI (pour les personnes présentant une double problématique déficience intellectuelle et santé mentale), Domrémy (pour les personnes présentant un problème de santé mentale et de dépendances), les CSSS et les autres établissements régionaux réussissent à prendre en charge des personnes présentant une ou plusieurs problématiques associées à des troubles du comportement et de l'agressivité.

La situation se cristallise lorsque des personnes présentent un niveau de dangerosité marqué par de l'agressivité. Il s'agit d'adultes dont les comportements inquiétants sont tels qu'ils peuvent créer un sentiment d'insécurité et d'impuissance dans le milieu de vie ou dans l'établissement qui les accueille et provoquer de la pression et de la tension dans les organisations et dans le réseau. Leurs comportements inhabituels, inquiétants et imprévisibles ont des effets grandement perturbateurs dans les établissements ou les milieux de vie qui ne sont pas suffisamment outillés pour les accueillir.

En particulier, l'expérience des trois dernières années nous révèle que la présence de ces personnes :

- Entraîne une réponse clinique souvent inappropriée en plus d'être parfois démesurément onéreuse.
- Met en évidence le sentiment « d'impuissance » et « d'incompétence » parfois vécu par certaines équipes de soins et de gestionnaires lorsqu'elles doivent faire face à ces personnes et gérer les risques qu'elles entraînent.
- Met en lumière la réserve que manifestent la plupart des établissements de la région à se sentir responsables de telles personnes.
- Met aussi en évidence un manque dans l'offre de services en ce qui a trait à l'hébergement sécuritaire pour certaines personnes dont la situation est exceptionnelle, de même que des imprécisions en ce qui a trait à l'hospitalisation.
- Questionne les limites du *Programme double expertise Santé mentale – Déficience intellectuelle* sous la responsabilité du CSDI et du CSSS de l'Énergie et sa pérennité dans sa forme actuelle.

- Accapare beaucoup d'énergie de la part des organisations, souvent plus que souhaitable et ce, autant pour offrir les services que pour ne pas avoir à les offrir indéfiniment.
- Illustre les limites de notre système à traiter ces gens et plus précisément notre incapacité à leur répondre comme un réseau plutôt que comme des composantes œuvrant en silo.
- Illustre la diffusion et l'expérimentation encore restreintes des orientations de 2006 dans certains établissements.
- Rend notre système dysfonctionnel tant que les solutions adéquates n'ont pas été trouvées pour les personnes en cause.
- Met en opposition les organisations qui craignent de se retrouver isolées pour faire face à ces personnes. En découlent des tensions, voire des conflits parfois cristallisés entre établissements ou avec l'Agence.

Certains souhaiteraient que soit créé un programme spécifique pour ces personnes. Or, il n'est pas dans l'intention de l'Agence d'aller en ce sens. Nous faisons le choix de répondre aux besoins de ces personnes en mettant de l'avant notre capacité à travailler en réseau. À cet égard, la responsabilisation de l'ensemble des établissements, tel que définie dans les orientations régionales, constitue l'assise première de la solution régionale.

Par ailleurs, nous avons constaté que le concept de « problématique multiple et complexe » est plutôt élastique. Il en est de même pour la notion de dangerosité. Lorsque les deux termes sont mis ensemble, la compréhension et la perception varient encore plus selon les interlocuteurs. Dans les faits, l'estimation du degré réel de dangerosité d'un usager est influencée non seulement par ses caractéristiques propres mais aussi par d'autres facteurs dont les critères personnels et l'expérience des intervenants, les connaissances acquises au sein de l'organisation et le soutien compétent disponible. D'où l'importance de définir le profil des personnes ciblées.

À la lumière de ce qui précède, il est devenu évident aux yeux de l'Agence et de l'ensemble des établissements qu'il nous faut apporter à court et moyen terme les ajustements nécessaires pour que les personnes présentant des problématiques multiples associées à la présence d'un niveau de dangerosité puissent recevoir une réponse accessible, de qualité, continue, efficace et efficiente à leurs besoins et à leur situation par un réseau qui fonctionne vraiment comme un réseau. Comme ce que l'on vise pour tout citoyen qui n'a pas choisi de vivre avec de tels problèmes. Voilà pourquoi l'Agence :

- A conduit des travaux sur la définition de la clientèle et les services d'hébergement sécuritaire.
- A reçu une proposition du CSSS de l'Énergie quant à l'hospitalisation sécuritaire.
- A demandé au Centre de services en déficience intellectuelle de mettre en place à même ses ressources une unité d'hébergement de transition pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED avec troubles graves de comportement.
- A rencontré les directions générales du CSSS de l'Énergie et du CSDI pour échanger sur l'avenir du *Programme Double expertise Santé mentale – Déficience intellectuelle* et pour discuter de la meilleure avenue à envisager quant à l'hospitalisation sécuritaire et quant à l'hébergement sécuritaire.
- A produit le présent document qui introduit un complément aux orientations régionales de 2006.
- A conduit une consultation auprès des établissements sur ce document, ainsi qu'auprès des commissions régionales infirmière et multidisciplinaire de l'Agence.

## Les assises

*Les orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples*, adoptées en juin 2006<sup>3</sup> définissent les principes directeurs devant encadrer nos conduites et nos actions en matière d'accessibilité et de continuité des services. Elles précisent également le mandat spécifique des établissements de notre réseau au regard de l'offre de service à ces personnes de même que le processus permettant le traitement et la résolution des situations litigieuses.

Le présent complément repose sur la prémisse que ces orientations régionales adoptées en juin 2006 sont toujours pertinentes et sont reconduites telles que rédigées, sous réserve d'adaptations mineures. Ce complément s'appuie donc sur les mêmes 15 principes directeurs. Les voici :

1. Que la région s'engage à une autoportance régionale, dans tous les cas.
2. Que les établissements améliorent leur capacité à répondre aux besoins des personnes qui présentent des problématiques multiples.
3. Que les services aux personnes présentant des problématiques multiples sont conçus et rendus selon une approche qui tient compte, d'abord et avant tout, de la gravité, de l'intensité et du cumul des différentes problématiques vécues par la personne et ses proches plutôt que d'être conditionnels à l'obtention d'un diagnostic établi.
4. Qu'en conséquence, la contribution des divers établissements est fixée en fonction de la réponse la mieux adaptée possible à ces besoins, en tenant compte des expertises requises, des compétences existantes, des ressources disponibles et des responsabilités de chaque établissement.
5. Que les mécanismes d'accès aux services prévoient le traitement de ces situations.
6. Que les CSSS assurent la coordination de l'évaluation multidisciplinaire des situations problématiques.
7. Que les CSSS soient responsables d'assurer la coordination et la concertation des partenaires dans l'organisation des services aux personnes présentant de multiples problématiques, et ce, tant à l'interne qu'auprès de leurs partenaires.
8. Qu'en tout temps, la réponse aux besoins d'une telle personne et de ses proches se définit dans le cadre d'un plan de services individualisés et, lorsque requis, d'un plan de réinsertion.
9. Que les établissements spécialisés à vocation régionale (ESVR) partagent la responsabilité populationnelle assumée par le CSSS et, en ce sens, mettent à contribution les ressources nécessaires au support-conseil des CSSS et des autres partenaires ou en services directs auprès de la personne ou de ses proches.
10. Que les établissements soient responsables d'assurer, sur leur territoire, la reprise en charge des clientèles ayant connu un épisode de soins et dont la situation est stabilisée.

---

<sup>3</sup> Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. « *Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples* ». juin 2006.

11. Que chaque établissement désigne formellement un répondant responsable de la liaison pour solutionner les difficultés rencontrées.
12. Constituer, à même les ressources financières dont l'établissement dispose, une réserve pour éventualités lui permettant d'assumer les coûts marginaux engendrés par la prise en charge de personnes ayant des problèmes multiples et complexes.
13. Que les directions des établissements s'assurent que les interpellations dans les cas litigieux entre partenaires soient traitées.
14. Qu'en dernier recours, on sollicite l'Agence pour porter les arbitrages avec décisions exécutoires et détermination des conditions d'exercice et de délais de prise en charge par l'établissement désigné.
15. Que, lorsque la ressource appropriée n'est pas disponible, la personne en attente de service se retrouve sous la responsabilité administrative et clinique de l'établissement désigné.

## Les quatre mesures retenues

---

À compter de 2009, quatre mesures seront planifiées puis mises progressivement en œuvre pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant des problématiques multiples associées à un niveau de dangerosité.

### **Première mesure : un centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement**

Tant les équipes des CSSS que des établissements spécialisés à vocation régionale (ESVR) doivent améliorer leurs connaissances et leur capacité à gérer efficacement, selon leur niveau, des situations problématiques occasionnés par des clients différents et difficiles, qu'ils soient jeunes, adultes ou âgées.

D'une part, il est primordial que des interventions précoces, préventives et efficaces en matière de gestion des troubles du comportement se réalisent tout au long du continuum afin de prévenir leur escalade et pour éviter que ces comportements se fixent et se chronicisent dans un pattern inflexible.

D'autre part, il est tout aussi essentiel que les équipes des CSSS ou des ESVR se considèrent et soient effectivement compétentes pour reprendre en charge des personnes qui auraient nécessité un épisode de traitement ou de réadaptation en milieu hospitalier ou autre.

Or, afin de soutenir les établissements dans le développement des compétences et de l'expertise, l'Agence prévoit la création d'un centre d'expertise et de formation sur les troubles du comportement.

L'action de ce centre se situe en appui aux divers acteurs du réseau de soins et de services destinés aux personnes manifestant de tels comportements. Le centre, en tant que dépositaire de la recherche, de la formation et du développement des meilleures pratiques, pourrait être alimenté par les pôles de connaissances que sont l'UQTR, l'Institut universitaire en DI –TED du CSDI et les expertises issues des

CSSS et des ESVR. De plus, un partenariat étroit devra s'établir entre ce centre et les services externes et internes du CSSS de l'Énergie, décrits plus loin dans ce document. Enfin, ce centre pourra aussi rechercher la contribution d'expertises provenant d'autres régions du Québec ou d'ailleurs. Il devrait ainsi générer des occasions d'échange de connaissances afin de promouvoir les pratiques fondées sur des résultats probants et faire la promotion de réalisations conjointes par des projets interorganisationnels.

Bref, le centre d'expertise aura pour fonctions de :

- Renforcer les connaissances sur les déterminants et les mécanismes impliqués dans la manifestation de troubles du comportement des usagers ainsi que le développement des compétences par divers moyens de communication et d'enseignement
- Approfondir et constituer une base de connaissances sur la gestion dans la communauté des usagers qui présentent un degré de dangerosité
- Faciliter la reconnaissance des enjeux organisationnels et de gestion dans l'organisation et l'adaptation des services pour ces personnes
- Identifier ou développer les meilleures pratiques, notamment en prévention.
- Offrir aux équipes d'intervenants et aux gestionnaires des établissements de première et de deuxième ligne des programmes de formation et de coaching sur les outils, les pratiques optimales ou les approches les mieux adaptées auprès de leurs clientèles
- Développer des compétences spécifiques chez des intervenants et des gestionnaires qui font face à des problématiques comportementales particulières, notamment chez les personnes âgées

Le CSDI est mandaté pour élaborer, en collaboration étroite avec l'UQTR et les établissements de la région, dont le CSSS de l'Énergie, une proposition permettant la mise sur pied, à court terme, d'un tel centre dans notre région ainsi que son fonctionnement efficace, efficient et économique. Cette proposition devra faire l'objet d'une approbation par l'Agence préalablement à son actualisation. Le modèle organisationnel et de gouvernance du centre (consortium, collectif, chaire ou autre) devra notamment être précisé dans la proposition.

#### **Deuxième mesure :**

#### **ressource de transition offrant un service d'évaluation et d'intervention intensive pour la clientèle DI-TED avec troubles graves du comportement**

Le Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie/Centre-du-Québec (CSDI) disposera sous peu d'une ressource de transition<sup>4</sup> qui permettra d'offrir un service d'évaluation et d'intervention intensive pour les personnes ayant une DI-TED avec troubles graves du comportement (TGC). Cette nouvelle installation pourra recevoir simultanément jusqu'à quatre adultes en provenance de leur milieu de vie naturel, d'une ressource non institutionnelle ou issu d'une hospitalisation, en lien avec un trouble grave du comportement. Ce service sera intégré au programme d'évaluation, d'intervention et d'assistance pour les personnes ayant des troubles graves du comportement du CSDI.

---

<sup>4</sup> CSDI, Document de travail. « *Service d'évaluation et d'intervention intensive pour les personnes présentant un trouble grave du comportement* » Août 2008.

Il constituera un lieu physique adapté, encadré, d'évaluation multimodale, de stabilisation, d'intervention intensive permettant l'exploration de conditions exportables en milieu naturel facilitant ainsi le retour planifié de l'usager à son milieu de vie. La localisation de cette installation est prévue à Trois-Rivières. Son mandat sera d'offrir à la clientèle adulte du CSDI ayant des problèmes de comportements sévères et persistants ou un TGC, dont l'état ne justifie pas une hospitalisation, mais nécessite davantage qu'un suivi ponctuel en clinique externe, une :

- Intervention intensive en situation de crise;
- Évaluation multimodale de la personne et de son milieu résidentiel d'origine
- Stabilisation de la personne;
- Programmation intensive et soutien spécialisé;
- Orientation, planification et actualisation du plan de transition.

Ce nouveau service permettra de faciliter le développement de l'expertise de deuxième ligne en TGC notamment la formation et les standards de pratique, permettra un partenariat accru avec les milieux d'enseignement et de recherche et favorisera donc la spécialisation. Il s'agira d'un milieu d'intervention davantage axé sur une culture de réadaptation et de participation sociale tout en créant une opportunité d'application du plan d'intervention.

### **Troisième mesure : Service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires**

Le Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie se voit confier un mandat de portée régionale. Il s'agit de la mise en place d'un service d'hospitalisation et d'hébergement pour les personnes présentant des troubles graves du comportement et un niveau de dangerosité élevé, nécessitant un milieu sécuritaire pour assurer leur protection et celle des autres et ce, selon des modalités présentées ci-après.

Globalement, ces services visent une amélioration de la condition de la personne, sont transitoires et interviennent dans le cadre d'un plan de services prévoyant le retour de la personne à l'établissement référent. C'est l'esprit qui prévaut pour toutes les situations. Il faut demeurer toutefois lucide puisque la condition initiale de certaines personnes est tellement détériorée que le séjour de ces dernières pourrait se mesurer en termes de mois et parfois en termes d'années. Il sera donc nécessaire de demeurer vigilant et d'éviter que ne se reconstitue un milieu asilaire. Il est prévu qu'un comité de séjour intégrant des experts d'autres établissements devra réviser les dossiers dont la durée de séjour excède une année.

Le soutien spécialisé apporté par l'introduction de ce service doit être compris comme une étape inscrite au plan de services individualisé de la personne. Cette étape, quelle soit vécue en hospitalisation ou en hébergement sécuritaire, vise à apporter une contribution additionnelle, réaliste et spécifique pour une durée déterminée par les objectifs prévus dans le plan. Une fois les objectifs rencontrés, la personne retourne à l'établissement qui en est responsable afin de poursuivre les activités qui la conduisent dans un processus d'intégration et de participation sociale. En d'autres mots, elle n'est pas transférée définitivement au CSSS de l'Énergie. Elle y est de passage d'autant plus que ce service ne pourra accueillir annuellement qu'un nombre limité de personnes. Il devra donc être utilisé pour la bonne personne, au bon moment et pour une durée limitée afin d'éviter l'engorgement.

Retenons aussi qu'en offrant ce service, le CSSS de l'Énergie ne devient d'aucune façon l'établissement responsable des « multiproblématiques » de la région. Il joue plutôt un rôle spécifique et complémentaire à celui des autres établissements.

### **Profil de la clientèle potentielle**

Les données régionales disponibles permettant de dénombrer les personnes présentant une problématique multiple et complexe associée à un degré élevé de dangerosité sont parcellaires. Les situations portées à l'attention de l'Agence concernent une dizaine de personnes annuellement. Ces personnes sont bien connues du réseau. Cependant, les situations qu'ont à gérer les établissements dépassent sûrement celles rapportées à l'Agence. Il est possible d'estimer entre 25 et 30 le nombre d'individus qui annuellement peuvent requérir une attention spécifique à cet égard.

Ces personnes forment un groupe hétérogène partageant des traits cliniques et comportementaux dont le cumul, l'intensité et la gravité constituent le profil général. On y dénombre une majorité d'adultes de sexe masculin dont les diagnostics principaux, lorsqu'ils sont connus, incluent différents troubles, par exemple le traumatisme craniocérébral, la démence frontale, la toxicomanie, les troubles envahissants du développement, les problèmes de santé mentale et la déficience intellectuelle. Le fait que ce regroupement d'individus soit constitué de profils hétéroclites a son importance particulièrement dans le choix des approches de traitement et des modalités d'intervention. Ainsi, l'intervention auprès d'un traumatisé craniocérébral diffère de celle réalisée par exemple auprès d'une personne ayant une démence frontale.

### **Définition de la dangerosité élevée**

Il faut souligner que la définition de dangerosité peut varier grandement entre les individus. La sensibilité individuelle joue un grand rôle dans la perception qui résulte de comportements inattendus. D'une certaine manière, la capacité ou non des membres du réseau social ou institutionnel à faire face et à canaliser ces comportements en détermine aussi la dangerosité. Cela a son importance puisqu'on rapporte que dans 80 à 90 % des cas de crise émotionnelle une intervention verbale et psychologique appropriée suffit à résoudre l'épisode de violence<sup>5</sup>. Ainsi, la connaissance des meilleures pratiques et les interventions préventives ont une influence sur la maîtrise de ces situations et leur évolution.

Pour dépasser le seuil de la sensibilité interpersonnelle, il est nécessaire de parvenir à un consensus sur une définition fonctionnelle du concept de dangerosité.

---

<sup>5</sup> La formation OMÉGA : apprendre à gérer les crises de violence. Objectif prévention. Vol. 22. 1999

Dans le contexte qui nous occupe :

**La dangerosité élevée fait appel à une histoire documentée d'actes et d'événements qui se caractérisent par leur intensité, leur gravité, leur récurrence et leur nature incontrôlable. Ainsi, les impacts de ces actes peuvent mettre en danger, de façon réelle ou prévisible, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement.<sup>6</sup>**

De fait, il s'agit de personnes qui ont, règle générale, fortement mobilisé les ressources du réseau de services à plusieurs reprises en raison d'actes se caractérisant par leur intensité, leur gravité et dont les traitements et les services dispensés n'ont pas permis d'éliminer un pattern de comportements destructeurs. On peut donc souvent parler d'échecs répétés des plans d'intervention.

Tout ceci entraîne de sévères conséquences pour les personnes notamment la mise en place de mesures de contrôle et de surveillance qui sont inhabituelles, parfois avec un coût hors norme, comme l'isolement et la présence de gardiens de sécurité. Ce sont de véritables cas d'exception qui posent un défi éthique dans le choix des moyens visant à assurer la sécurité des intervenants ainsi que la leur. Il appartient à l'établissement responsable d'avoir une éthique qui fait en sorte que les moyens mis en œuvre pour contrôler la personne ne soient pas excessifs et ne le privent pas de sa capacité d'exprimer son état.

**Clientèle admissible au service  
d'hospitalisation et d'hébergement  
sécuritaires**

La clientèle se qualifiant aux services d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires se définit comme suit <sup>7</sup>:

**Personnes âgées de 18 ans et plus présentant des problématiques multiples et complexes et un niveau de dangerosité élevé en raison de troubles graves du comportement ne répondant plus aux pratiques jugées efficaces en matière de gestion dans la communauté des troubles de la conduite et du comportement, et qui requièrent de ce fait une hospitalisation ou un hébergement sécuritaire, invalidant pour un temps le processus d'intégration sociale dans lequel ils sont engagés.**

Le besoin d'objectiver le niveau de risque et de dangerosité apparaît comme une nécessité afin de témoigner et de mesurer avec le plus de justesse possible la gravité réelle des actes posés et de leurs conséquences. À cet égard, mentionnons que l'utilisation commune d'une échelle de dangerosité s'avère indispensable.

<sup>6</sup> Centre d'expertise de Montréal en TGC (CEMTGC) « Un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger réellement ou potentiellement l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégrité ou ses liens sociaux »

<sup>7</sup> Cette définition ne peut être interprétée qu'en respect total avec le contenu des « Orientations régionales concernant les services offerts aux personnes présentant des problématiques multiples » adoptées en juin 2006.

## **Description du service**

Le service accueille des personnes présentant des problématiques multiples associées à de la dangerosité élevée. Il a pour fonctions de contribuer à la stabilisation, au rétablissement et la réadaptation de la personne au plan clinique et comportemental dans un environnement physique et humain adapté aux besoins de la clientèle. Même l'hébergement sécuritaire se fait dans une perspective de réadaptation et d'habilitation en vue de la réinsertion.

L'individualisation des services et des modes d'intervention détermine l'efficacité des interventions menées par ce service. La programmation et les moyens utilisés pour améliorer l'état de la personne, pour atténuer les comportements dangereux et pour faire émerger la compétence à l'autonomie personnelle sont adaptés à la nature des incapacités qu'elles soient neurologiques, cognitives, intellectuelles, organiques ou autre.

Le service dispose d'une équipe multidisciplinaire qui est habilitée à réaliser les activités de type :

- évaluation globale de la personne
- stabilisation de son état
- traitement actif
- réadaptation
- intervention comportementale
- orientation
- élaboration et actualisation d'un plan de traitement
- réalisation du plan de réintégration de la personne.
- élaboration, application et ajustement des modalités d'un plan d'intervention multipartite

Compte tenu du profil très particulier que présentent ces personnes, il importe de rappeler que, l'admission d'un usager dans ce service vise une amélioration de sa situation au plan clinique et comportemental et que l'élimination de tous les symptômes nocifs ou nuisibles peut ne pas constituer un objectif réaliste pour certains. Alors, les interventions réalisées se concentrent si l'on peut dire sur la fonctionnalité des individus. Le retour à l'établissement référant doit prévoir ces situations dans le plan de sortie ou de réinsertion.

## **Mécanismes d'accès**

Les demandes sont adressées au service des admissions et une réponse est rendue par le responsable de l'accès. L'admission peut aussi dans certains cas avoir fait l'objet d'un corridor de services préalablement établi compte tenu de la récurrence du besoin de l'usager.

Un résumé du dossier incluant l'ensemble des évaluations bio-psycho-sociales pertinentes et des plans thérapeutiques est transmis à l'établissement gestionnaire. Une grille ou un outil d'évaluation de la

dangerosité fait partie de cet ensemble. Lorsque requis, le niveau d'autonomie pour les AVQ-AVD doit être précisé.

Un groupe de travail piloté par le CSSS de l'Énergie et composé d'experts provenant du CSSS et d'autres établissements de la région, aura pour mandat d'identifier les grilles d'évaluation de la dangerosité, les critères et les mécanismes bidirectionnels qui permettront d'assurer l'accès et la fluidité du service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaires. Les modalités retenues par ce comité devront être soumises à l'Agence pour approbation.

### **Installations physiques**

- L'unité d'hospitalisation et d'hébergement dispose jusqu'à 15 lits auxquels s'ajoute une place « tampon ». Les 5 lits actuels de la double expertise Déficience intellectuelle – Santé mentale sont intégrés dans cette unité.
- L'unité est située sur le site Ste-Thérèse du CSSS de l'Énergie.
- L'organisation physique est conçue pour permettre des interventions cliniques polyvalentes, exclusives et adaptées à une diversité de profils d'usager.
- L'unité est située de sorte à permettre au personnel de disposer d'un appui rapide lors de situation de crise, par exemple lors d'un arrêt d'agir.
- La clientèle requiert un niveau d'encadrement sécuritaire et prothétique inspiré des pratiques jugées des plus efficaces, L'installation prévoit un aménagement physique qui prévient l'émergence de situations conflictuelles, favorise la gestion des comportements et offre une qualité de vie optimale, la plus normalisante possible.
- La planification des aménagements physiques est effectuée avec la collaboration du personnel clinique concerné.
- Le CSSS de l'Énergie et l'Agence travaillent conjointement à la planification et la réalisation des différentes relocalisations et aménagements immobiliers requis, en conformité avec les cadres de gestion en vigueur et les stratégies de financement applicables.

### **Modalités de fonctionnement**

- Une équipe multidisciplinaire est constituée pour œuvrer sur une base régulière au sein de ce service et celui de l'évaluation externe. L'approche recherchée est à l'effet que cette équipe soit constituée d'effectifs médicaux, professionnels et non professionnels en provenance du CSSS de l'Énergie ainsi que d'autres établissements de la région. L'Agence verra, avec l'implication des établissements concernés, à camper la faisabilité et la mise en application de cette approche. Des ajustements au plan d'effectifs médicaux du CSSS seront aussi envisagés.
- Des ententes interétablissements devront être convenues pour l'obtention, au besoin, de certains services ou expertises spécialisés complémentaires d'évaluation ou de traitement, non disponibles dans le service ou au CSSS de l'Énergie.
- L'Agence établira le budget nécessaire au fonctionnement efficient, efficace et économique du service, avec la collaboration du CSSS de l'Énergie et, le cas échéant, d'autres établissements. L'Agence déterminera aussi les sources de financement dudit budget.

- Au cours des premières années, et jusqu'à ce que le service ait atteint sa vitesse de croisière, l'enveloppe budgétaire consacrée à ce service fera l'objet d'un suivi particulier par l'Agence, garantissant d'une part l'équilibre entre les dépenses encourues et les sources de financement et, d'autre part, la gestion efficiente, efficace et économique du service. La modalité retenue pour ce faire (fiducie, enveloppe protégée, autre) sera déterminée ultérieurement par l'Agence. Il en est de même de tout autre modalité budgétaire ou de reddition de comptes que l'Agence pourrait juger nécessaire, le cas échéant, pour assurer l'utilisation optimale du service par le réseau de la région.

#### **Quatrième mesure : service d'évaluation externe**

Le service d'évaluation externe du CSSS de l'Énergie offre un soutien à la prise en charge individuelle de clients multiproblématiques présentant un niveau de dangerosité, qu'il soit élevé ou moyen. Le service permet de répondre à des besoins de consultations médico-cliniques et d'expertise multidisciplinaire pour des personnes en situation de rupture de fonctionnement en raison de l'apparition de symptômes inhabituels, de comportements préjudiciables et d'un niveau de dangerosité.

L'évaluation en externe permettra de bonifier le plan d'intervention ou le plan de services individualisé et de conseiller l'établissement référant dans le recours à des pratiques ou des moyens pouvant conduire à une amélioration de l'état de la personne. Ce service favorise, par son expertise, le maintien dans la communauté des personnes référées et fait en sorte que l'hospitalisation ou l'hébergement sécuritaire soit offert aux seules personnes qui le requièrent absolument. La collaboration d'experts médicaux et de la réadaptation d'autres établissements pourra être nécessaire compte tenu des profils variés des personnes référées.

Cette équipe aura notamment pour fonctions :

- De contribuer à déterminer l'admissibilité au service d'hospitalisation et d'hébergement sécuritaire
- De prévenir l'hospitalisation et de favoriser le maintien dans la communauté
- D'offrir un service d'évaluation et d'analyse de la problématique multiple avec dangerosité
- De fournir un avis clinique ou lorsque possible un diagnostic
- De conseiller l'utilisation des moyens les plus susceptibles de provoquer une modification du comportement chez un usager
- De superviser, sur place si nécessaire, l'application d'un plan d'intervention individualisé
- De contribuer au développement des connaissances et des pratiques en collaboration avec le centre d'expertise

## Mise en œuvre

---

Suite à l'adoption du présent Complément aux orientations régionales, l'Agence verra à identifier et à séquencer les étapes de mises en œuvre, avec la collaboration des établissements concernés. L'Agence sera animée par le souci de voir émerger des solutions concrètes répondant le mieux possible aux préoccupations des établissements et cliniciens, assurant le développement progressif et « attractif » des mesures retenues et reposant, en tout temps, sur le gros bon sens et sur la réalisation de l'ambition de notre projet régional décrite en avant-propos.






**SIÈGE SOCIAL**

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5  
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

**POINT DE SERVICE**

570, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2B 1C1  
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Mauricie  
et du Centre-du-Québec**

**Québec** 

[www.agencesss04.qc.ca](http://www.agencesss04.qc.ca)