

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Gaspésie –
Îles-de-la-Madeleine**

Québec 

SANTÉ MENTALE

ORIENTATIONS CLIENTÈLE ADULTE

HOSPITALISATION

SITUATIONS COMPLEXES ET PSYCHIATRIE LÉGALE

Adoption réalisée au conseil d'administration du 11 mars 2010

La préparation de ce document a mis à contribution un groupe de travail composé des personnes suivantes :

Madame Louise Landry, Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie
Madame Johanne Cantin, Centre de santé et de services sociaux des Îles
Madame France Duguay, Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé

Monsieur Sylvain Bouchard, Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé
Monsieur Charles Guérette, Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs
Monsieur Sylvain Cormier, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles

Coordination :

Martine Blais, Agence de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Encadrement :

Connie Jacques, Agence de la santé et des services sociaux Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Mise en page et révision de texte :

Susan Laflamme

Ce document est disponible en version électronique.
<http://www.agencesssgim.ca>, section Documentation.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
ÉTAT DE SITUATION.....	5
1. HOSPITALISATION ADULTE.....	5
<i>Répartition des lits d'hospitalisation – Adulte</i>	<i>5</i>
2. SITUATIONS COMPLEXES EN SANTE MENTALE	9
3. PSYCHIATRIE LEGALE	11
LES ORIENTATIONS	13
4. HOSPITALISATION ADULTE.....	13
5. SITUATIONS COMPLEXES EN SANTE MENTALE	14
6. PSYCHIATRIE LEGALE	15
7. REPARTITION DES LITS DE PSYCHIATRIE	16
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	17

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la transformation du système de santé et des services sociaux a engendré plusieurs changements dans les pratiques en santé mentale. L'approche est de plus en plus centrée sur l'utilisateur de services et met en évidence les besoins particuliers de réorganisation des services de santé mentale. En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) dévoilait son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, qui s'inscrit dans cette dynamique.

Les orientations proposées dans le plan se veulent en continuité avec les transformations déjà entreprises en santé mentale et le MSSS a fait un choix stratégique important qui conditionne l'ensemble des mesures. Le développement prioritaire des services de première ligne rapidement accessibles pour toute la population est à la base du plan d'action en santé mentale. Les services de proximité axés sur le rétablissement de la personne intègrent une gamme de services de soutien dans la communauté, pour les personnes atteintes et leurs proches. Ces services s'adressent autant aux personnes souffrant de troubles mentaux graves, qu'aux personnes souffrant de troubles modérés, notamment de troubles anxieux et dépressifs, constituant une source importante de détresse et d'incapacité fonctionnelle, sociale et physique. La priorité accordée aux services de première ligne devrait générer un désengorgement des services de deuxième et de troisième ligne.

Le continuum de services doit être assuré par les CSSS, les organismes communautaires, les cliniques médicales, les GMF, les psychologues en milieu scolaire et privé et divers autres partenaires sectoriels et intersectoriels, en lien avec les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés. L'atteinte des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité repose sur une meilleure intégration des services et sur la mise en place de mécanismes de liaison pour faciliter le cheminement des personnes dans le continuum de services.

Les orientations présentées dans le présent document s'appuient sur le Plan d'action national en santé mentale et ciblent des services offerts à la clientèle adulte. Elles portent sur certains aspects des services de deuxième ligne soit les volets hospitalisation, psychiatrie légale et clientèle complexe. Quant aux orientations liées aux ressources résidentielles et aux services de pédopsychiatrie, elles feront état d'une étape de travail subséquente.

ÉTAT DE SITUATION

1. HOSPITALISATION ADULTE

Les unités de psychiatrie de soins de courte durée ont pour mission d'offrir un traitement intensif et spécialisé devant permettre de stabiliser la symptomatologie et d'augmenter le niveau de fonctionnement de l'utilisateur, afin de lui assurer un retour rapide dans son milieu. Selon les données inscrites dans le cadre méthodologique et les consignes pour réaliser l'inventaire des dépenses et des services, les définitions attribuées aux centres d'activités qui concernent l'hospitalisation de courte durée, de longue durée et l'hébergement sont les suivantes :

- **Hospitalisation de courte durée (traitement de soins actifs)**
« Ces services regroupent l'ensemble des activités de traitements et de soins psychiatriques requis par des usagers de 18 ans et plus, hospitalisés pour un court séjour. Ces services comprennent également les interventions brèves requises par des usagers hospitalisés pour une condition aiguë, mais transitoire pour laquelle une observation et un traitement à très court terme sont privilégiés (exemple : unité d'évaluation et de traitement transitoire où la durée d'hospitalisation peut être de 24 heures et peut atteindre jusqu'à 7 jours dans certains cas) ».
- **Hospitalisation de longue durée (traitement et soins actifs)**
« Ces services regroupent les activités de soins requis par des usagers présentant des troubles mentaux graves et complexes nécessitant un traitement psychiatrique actif de longue durée et requérant une surveillance régulière ».
- **Hébergement et soins psychiatriques de longue durée (CHSLD)**
« Ces services regroupent l'ensemble des activités de traitement et de réadaptation pour les adultes aux prises avec des troubles graves occupant un lit d'hébergement permanent en santé mentale (au permis) à l'intérieur de la mission CHSLD de l'établissement ».

Les dernières données sociodémographiques, disponibles pour la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, démontrent que le nombre d'hospitalisations liées à un trouble mental est plus élevé chez les hommes que chez les femmes et que les troubles mentaux ont été la septième cause d'hospitalisation chez les femmes et la sixième chez les hommes. Les durées d'hospitalisation sont généralement assez longues pour les troubles mentaux. Les personnes hospitalisées pour cette cause monopolisent plus de 12 % des lits de courte durée occupés au cours d'une année, faisant des troubles mentaux le deuxième problème en importance quant à l'occupation des lits de courte durée.

Répartition des lits d'hospitalisation – Adulte

Selon le Cadre de référence et orientations de services 1997-2002 du PROS, les normes utilisées pour les hospitalisations en psychiatrie étaient de 0,26 lit/1 000 habitants pour les lits en courte durée et de 0,1 lit/1 000 habitants pour la longue durée. Au cours de la première année d'actualisation du PROS, il a été convenu entre la Régie régionale et le centre hospitalier de Gaspé, de ne pas maintenir l'unité régionale en longue durée psychiatrique adulte, comme il était prévu dans le cadre de référence. Pour parvenir à la fermeture de cette unité, une transition fut nécessaire et c'est pourquoi deux lits furent autorisés au centre hospitalier de Gaspé pour une durée maximale de deux ans. Ces deux lits furent annexés à l'unité de soins de courte durée psychiatrique du Pavillon Mgr Ross. À ce jour, le budget de ces deux lits est toujours versé au CSSS de La Côte-de-Gaspé.

Présentement dans notre région, la répartition des lits en psychiatrie est la suivante : 26 lits en courte durée incluant 1 lit d'hébergement sécuritaire, 6 lits pour l'hospitalisation en longue durée (sur les unités de psychiatrie) et 4 lits en longue durée à l'unité pour personnes ayant une déficience intellectuelle associée à des problèmes de santé mentale ou à des troubles graves de comportement. Il n'y a pas de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans la région. L'Agence finance donc 36 lits pour la clientèle adulte en psychiatrie.

Les normes pour les lits en psychiatrie ont été modifiées par le MSSS dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens* par rapport à celles utilisées dans le PROS. Les normes décrites dans le plan d'action en santé mentale pour les hospitalisations en psychiatrie sont de 0,4 lit par 1 000 habitants, dont 0,25/1 000 aux fins d'hospitalisations en soins actifs et 0,15/1 000 lits à des soins psychiatriques de longue durée de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). L'application des normes du *Plan d'action en santé mentale* nous donne 23 lits de courte durée incluant les lits pour la psychiatrie légale, 14 lits de longue durée, pour un total de 37 lits pour la clientèle adulte. Il y a une différence d'un lit entre le PROS et le *Plan d'action en santé mentale* quand au nombre de lits pour la clientèle adulte. L'écart entre le PROS et le plan d'action n'est pas très important dans le nombre de lits, mais plutôt dans la façon de voir la répartition des lits et la clientèle à qui ces services s'adressent.

Les tableaux 1 et 2 qui suivent regroupent des données sur les taux d'occupation des lits d'hospitalisation psychiatrique, des admissions sur le territoire de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, ainsi que sur la durée moyenne de séjour dans les lits d'hospitalisation. Certains constats se dégagent sur les taux d'occupation. Premièrement, les taux d'occupation fluctuent d'une année à l'autre et ont tendance à s'accroître et même à dépasser le 100 %. Le CSSS du Rocher-Percé fait cependant exception où nous observons une baisse progressive du taux d'occupation entre 2000 et 2007 avec une hausse entre 2007-2008. Deuxièmement, c'est au niveau des jours/présence que ces fluctuations sont les plus évidentes et ceci se reflète dans la durée moyenne de séjour.

TABLEAU 1					
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation psychiatrique et des admissions pour le territoire de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (c/a 6020)					
	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS du Rocher-Percé	CSSS des Îles	CSSS de La Côte-de-Gaspé Adultes	CSSS de La Haute-Gaspésie
N ^{bre} de lits SM	9	5	4	9	4
2008-2009					
Taux occupation	101,13 %	29,75 %	52,40 %	89,9 %	73,29 %
Admissions	114	42	36	135	99
2007-2008					
Taux occupation	103,84 %	37,42 %	80,62 %	64,83 %	82,05 %
Admissions	131	57	38	113	136
2006-2007					
Taux occupation	93,70 %	24,60 %	56,10 %	74,9 %	83,77 %
Admissions	130	64	40	124	102
2005-2006					
Taux occupation	104,38 %	28,55 %	64,18 %	81,58 %	101,16 %
Admissions	139	69	42	150	148
2004-2005					
Taux occupation	102,44 %	25,37 %	78,36 %	75,46 %	83,01 %
Admissions	158	76	58	155	132
2003-2004					
Taux occupation	106,27 %	44 %	94,86 %	84,75 %	96,44 %
Admissions	113	79	54	158	126
2002-2003					
Taux occupation	97,44 %	64,11 %	65,14 %	96,2 %	115,68 %
Admissions	118	130	60	167	120
2001-2002					
Taux occupation		81,10 %	60 %	89,6 %	124,52 %
Admissions		135	53	155	116
2000-2001					
Taux occupation	98,14 %	76,82 %	77,47 %	92,3 %	
Admissions	147	124	60	148	

TABLEAU 2					
Durée moyenne de séjour dans les lits d'hospitalisation psychiatrique pour le territoire de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (c/a 6020)					
	CSSS de la Baie-des-Chaleurs	CSSS du Rocher-Percé	CSSS des Îles	CSSS de La Côte-de-Gaspé Adultes	CSSS de La Haute-Gaspésie
Nbre de lits SM	9	5	4	9	4
2008-2009					
Durée moyenne	29,14	12,93	21,25	24,75	7,48
Jours/présence	3 322	543	765	3 589	741
2007-2008					
Durée moyenne	26,04	11,98	30,97	19,70	8,81
Jours/présence	3,411	683	1,177	2,226	1,198
2006-2007					
Durée moyenne	23,68	7,02	20,48	19,84	11,99
Jours/présence	3,078	449	819	2,460	1,223
2005-2006					
Durée moyenne	24,67	7,55	22,31	17,91	9,98
Jours/présence	3 429	521	937	2 686	1 477
2004-2005					
Durée moyenne	21,30	6,09	19,72	15,99	9,18
Jours/présence	3 365	463	1 144	2 479	1 212
2003-2004					
Durée moyenne	30,89	10,16	25,65	17,62	11,17
Jours/présence	3 491	803	1 385	2 784	1 408
2002-2003					
Durée moyenne	27,13	9,00	15,85	19,93	14,08
Jours/présence	3 201	1 170	951	3 161	1 689
2001-2002					
Durée moyenne		10,96	16,53	19,00	15,67
Jours/présence	3 306	1 480	876	2 945	1 818
2000-2001					
Durée moyenne	21,93	11,31	18,85	20,49	
Jours/présence	3 224	1 402	1 131	3 032	

2. SITUATIONS COMPLEXES EN SANTE MENTALE

En 2005, un bilan a été élaboré dans le cadre de l'évaluation de l'organisation spécifique des services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle associée à des problèmes de santé mentale ou à des troubles graves du comportement (communément appelé DI-SM). Ce bilan évoque, au regard de l'utilisation des cinq lits de l'unité régionale, que cette unité ne serait plus justifiée et que la pertinence d'une unité de cinq places devrait être reconsidérée en fonction des besoins d'hospitalisation pour les situations complexes de santé mentale.

Trois ans plus tard, en dressant le portrait de la clientèle présentement admise sur cette unité, il est constaté que pour quatre patients sur un total de cinq, l'hospitalisation n'est plus requise et que ces personnes seraient aptes à se retrouver en ressource d'hébergement autre depuis un certain temps. Trois de ces personnes proviennent du territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé, une de La Haute-Gaspésie et une autre du territoire des Îles. Les personnes des Îles-de-la-Madeleine et de La Haute-Gaspésie devront normalement être transférées sur leur territoire d'origine.

Le volet hébergement de longue durée en psychiatrie concerne la clientèle adulte aux prises avec des troubles mentaux graves et une perte d'autonomie importante. Actuellement, cette clientèle occupe des lits de longue durée en milieu hospitalier et un certain pourcentage occupe des lits de courte durée, en raison d'un manque de ressources adaptées pour les accueillir.

Selon les auteurs Gudeman et Shore, les personnes aux prises avec des troubles graves occupant un lit de longue durée dans un milieu hospitalier sont réparties dans plusieurs groupes. Selon eux, il y aurait une petite fraction de la clientèle souffrant de difficultés de comportement si sévères, si durables et si réfractaires au traitement que les ressources d'hébergement communautaire n'arrivent pas toujours à suffire et que le réseau de soins n'a plus la possibilité de les transférer dans un hôpital psychiatrique pour un hébergement de longue durée. Ces clients se répartissent en cinq grands groupes :

1. Les patients âgés, déments, avec perturbations graves du comportement qui rendent impossible le maintien en centres de soins conventionnels de longue durée (3/100 000 habitants);
2. Les patients déficients mentaux et psychotiques avec de graves perturbations du comportement (3/100 000 habitants);
3. Les patients cérébrolésés avec troubles graves de contrôle des impulsions et de la violence (1,5/100 000 habitants);
4. Les patients psychotiques chroniquement violents ou suicidaires, réfractaires aux traitements connus (2,5/100 000 habitants);
5. Les patients schizophrènes avec des comportements chroniquement si désorganisés que la vie en société est impossible et qui peuvent devenir victimes de mauvais traitements : tendance aux cris, nudité publique, vols, vagabondage, sexualité désordonnée, tendance à mettre le feu (5/100 000 habitants).

Cette clientèle représente environ 15 patients par 100 000 habitants (Gudeman et Shore, 1984). L'étude de Lesage et Trudel (2005) arrive à un constat différent de celui de Gudeman et Shore (1984). Les résultats de Lesage et Trudel (2005) montrent que les patients qui stagnaient dans des lits psychiatriques de courte durée, faute de ressources capables de les héberger sont nettement moindres. En conclusion, il en découle que l'organisation des services doit prévoir une structure adaptée d'hébergement pour cette clientèle.

Problématiques rencontrées

La présence de comorbidité chez les personnes qui ont recours aux services du programme santé mentale est de plus en plus fréquente. Il en est de même des personnes qui vivent des problématiques complexes. Actuellement, la clientèle adulte aux prises avec des troubles mentaux graves et une perte d'autonomie importante occupe des lits sur une longue période en milieu hospitalier. Notre capacité comme réseau soulève le défi de leur répondre adéquatement, à cause d'un manque de ressources adaptées pour les accueillir.

Depuis un certain temps, l'Agence est plus fréquemment interpellée pour trancher des litiges et arbitrer des différends en regard de l'hébergement des personnes touchées par des problèmes de santé mentale associés à d'autres problématiques. 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 résidents, la gestion des risques que peut présenter cette clientèle et les limites de disponibilité d'une expertise compétente sont souvent évoqués.

3. PSYCHIATRIE LEGALE

La psychiatrie légale offre des services à l'intention d'une clientèle présentant un problème d'ordre psychiatrique dans un contexte judiciaire ou médico-légal particulier. Ces services se divisent en deux volets :

- **Évaluation aux fins d'administration de la justice** pour des personnes admises sur ordonnance du tribunal dans le but d'évaluer leur aptitude à comparaître ou pour déterminer leur niveau de responsabilité criminelle avec production d'un rapport d'expertise soumis à la cour.
- **Garde et traitement pour une clientèle admise sous mandat du Tribunal administratif du Québec** pour des personnes admises en détention ou sous réserve de modalité pour cause d'inaptitude à comparaître ou de non-responsabilité criminelle.

La désignation des lieux d'évaluation, de traitement et de garde : le rôle du MSSS

En vertu du Code criminel, il incombe au ministère de la Santé et des Services sociaux de désigner des lieux dans la province en vue de l'évaluation, du traitement ou de la garde d'un accusé visé par une décision ou une ordonnance d'évaluation ou de traitement. De plus, en vertu de l'article 141, de la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*, le ministère désigne les hôpitaux en vue de la garde, du traitement et de l'évaluation des adolescents. L'arrêté ministériel d'août 2005 contient la liste de tous les centres de santé désignés pour l'évaluation, le traitement et la garde. Pour notre région, le mandat est confié aux établissements suivants :

- Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé;
- Centre de santé et de services sociaux des Îles;
- Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé;
- Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs;
- Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie.

Il est également inscrit dans l'arrêté ministériel que la garde, le traitement ou l'évaluation des adolescents, au sens de l'article 13.2 de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, soient confiés à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur de Jésus de Québec.

En ce qui a trait au Tribunal administratif du Québec (TAQ), ce dernier désigne le CSSS d'origine du client pour faire le suivi et tous les CSSS de la région accueillent la clientèle pour laquelle il y a ordonnance du TAQ.

La collecte de données manuelle, effectuée par les établissements, indique une durée de séjour entre 17 et 28 jours pour l'année 2007-2008. Cependant, le nombre total d'actes facturés à la RAMQ dans le cadre d'une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec indique un nombre plus élevé pour le CSSS de La Côte-de-Gaspé pour l'année 2007-2008. Le tableau ci-dessous présente le nombre total d'actes facturés par la RAMQ pour tous les CSSS de la région. Il s'agit des actes relatifs à une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec.

TABLEAU 3			
Nombre d'actes facturés à la RAMQ en psychiatrie légale			
	*Nombre total d'actes facturés à la RAMQ		
	2005-2006	2006-2007	2007-2008
CSSS de La Côte-de-Gaspé	9	9	27
CSSS des Îles	0	0	0
CSSS du Rocher-Percé	0	0	11
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	11	16	17
CSSS de La Haute-Gaspésie	0	0	2

Le décret ministériel semble avoir un impact sur l'opérationnalisation des services, l'organisation du travail et le fonctionnement du personnel. La clientèle judiciaire doit fréquemment recevoir les services d'un agent de sécurité. Cette situation perturbe certains usagers et plusieurs intervenants ne se sentent pas à l'aise avec ce type de clientèle. Cette situation vient teinter l'approche de certains intervenants au regard des soins et services à offrir à la clientèle psychiatisée. Le CSSS de La Côte-de-Gaspé est le seul établissement de la région à disposer de deux modules sécuritaires pour offrir le service aux personnes présentant des risques élevés. La possibilité d'appliquer l'arrêté ministériel avec une certaine souplesse juridique permet de regrouper l'ensemble des services de psychiatrie légale dans un des CSSS.

LES ORIENTATIONS

4. HOSPITALISATION ADULTE

Les orientations concernant le volet hospitalisation tiennent compte de l'organisation que nous avons présentement dans la région ainsi que des ressources disponibles. Chaque territoire aura la responsabilité d'offrir des services d'hospitalisation sur des unités de psychiatrie dans le cadre d'un mandat local et certains territoires se verront confier des mandats régionaux.

Les données populationnelles de la région ainsi que les particularités géographiques des territoires ne permettent pas l'ouverture d'unité psychiatrique de type CHSLD. L'ensemble des lits autorisés au permis le sera sur la base d'attribution de lits dans une unité de courte durée en considérant que les lits de courte durée de soins actifs seront sporadiquement occupés par des personnes nécessitant des soins actifs sur une plus longue période. Ainsi, 29 lits sont répartis pour la mission locale des CSSS. La répartition des lits, de niveau local, sera la suivante :

- CSSS de la Baie-des-Chaleurs : 10 lits de courte durée;
- CSSS du Rocher-Percé : 5 lits de courte durée;
- CSSS de La Côte-de-Gaspé : 6 lits de courte durée;
- CSSS de La Haute-Gaspésie : 4 lits de courte durée;
- CSSS des Îles : 4 lits de courte durée.

En plus du mandat local, un CSSS sera porteur de mandats régionaux. Les mandats régionaux se réfèrent à 2 lits pour la clientèle complexe en santé mentale annexés à une unité de psychiatrie et à 2 lits pour la psychiatrie légale annexés également à une unité de psychiatrie.

Actuellement, le budget de base pour les unités d'hospitalisation est alloué en fonction du nombre de lits au permis. Pour les territoires où le nombre de lits est très restreint, il devient difficile financièrement de mettre en place les ressources requises à une qualité et une efficacité de services. Ainsi, suite à l'adoption des nouvelles orientations, l'Agence accordera le budget des unités de psychiatrie sur la base d'équipe de services. Le financement des équipes de chacun des CSSS, sera établi au regard des missions qui leurs sont dévolues, du nombre de lits autorisés au permis et sur la base d'équipe constituée d'infirmières diplômées, d'infirmières auxiliaires, de préposés et de personnel-cadre, selon la répartition suivante :

- ☛ **CSSS des Îles, CSSS de La Haute-Gaspésie et CSSS du Rocher-Percé :**
 - 50 % infirmières diplômées;
 - 33 % infirmières auxiliaires;
 - 17 % préposés.

- ☛ **CSSS de la Baie-des-Chaleurs :**
 - 57 % infirmières diplômées;
 - 29 % infirmières auxiliaires;
 - 14 % préposés.

- ☛ **CSSS de La Côte-de-Gaspé :**
 - 56 % infirmières diplômées;
 - 33 % infirmières auxiliaires;
 - 11 % préposés.

La tendance est de croire que l'ensemble des services offerts sur une unité de psychiatrie est de l'ordre d'un deuxième niveau de service. Cependant, le niveau de service, qu'il soit de 1^{er} ou de 2^e niveau, n'est pas tant déterminé par le lieu où ce dernier est offert, mais davantage par le type de service. L'atteinte d'une meilleure continuité et qualité des services repose sur l'intégration de ces derniers et l'interdisciplinarité. Ainsi, compte tenu de la petitesse des équipes, il est fortement suggéré qu'une flexibilité dans l'organisation et du lieu de travail des intervenants rattachés à l'équipe santé mentale, permettent une collaboration interdisciplinaire, peu importe le type d'installation où les services sont rendus.

5. SITUATIONS COMPLEXES EN SANTE MENTALE

En se basant sur l'historique et le portrait actuel de l'utilisation de l'unité visant à offrir des services spécifiques pour les personnes ayant une déficience intellectuelle associée à des problèmes de santé mentale ou à des troubles graves de comportement (communément appelé DI-SM), les orientations sont de fermer cette unité et de maintenir 2 lits régionaux pour répondre aux besoins reliés aux situations complexes de santé mentale. Ces 2 lits régionaux seront associés à l'unité de psychiatrie au CSSS de La Côte-de-Gaspé.

De plus, l'Agence compte mettre en place une ressource régionale de type d'assistance continue. Cette ressource se veut une résidence d'hébergement transitoire, en présence de ressources humaines 24 heures par jour, 7 jours par semaine, visant à offrir des services de réadaptation et d'habilitation en vue de la réinsertion. Le nombre de places sera de l'ordre de 7. Considérant l'expertise qu'a développée le CSSS de La Côte-de-Gaspé auprès de cette clientèle, la mise en place de cette ressource régionale leur sera confiée.

Ce service d'hébergement constitue un autre maillon de la chaîne de services accessibles dans la région. Ils ne peuvent accueillir qu'un nombre limité de personnes annuellement. Cette ressource devra être utilisée pour la bonne personne, au bon moment et pour une durée limitée afin d'éviter l'engorgement de cette dernière. L'amélioration de la condition des personnes nécessitera préalablement l'implication, la participation et la collaboration de tous les établissements. Tous les établissements devront améliorer leurs connaissances et leur capacité à gérer efficacement selon leur niveau, des situations problématiques occasionnées par des clients différents et difficiles. En fait, il faut agir avant l'aggravation de la situation. Il est donc essentiel que des interventions précoces et efficaces en matière de gestion de troubles du comportement se réalisent tout au long du continuum afin de prévenir leur escalade et éviter que ces comportements se chronicisent. Il faudra favoriser le développement de compétences par de la formation dans le réseau sur les pratiques jugées efficaces.

La description du mandat de ce type de résidence, les principes directeurs, le protocole de fonctionnement, l'approche à préconiser ainsi que la composition des équipes de travail, seront à préciser dans un document de fonctionnement. Ce travail sera fait en collaboration avec l'établissement responsable du mandat régional.

6. PSYCHIATRIE LEGALE

Offrir les services à une clientèle souffrant de troubles mentaux dans un contexte judiciaire ou médico-légal nécessite une expertise particulière. Le choix d'orientation pour le secteur de la psychiatrie légale est basé sur certaines particularités, soit les difficultés rencontrées au sein des CSSS lors des dernières années, le nombre d'actes facturés à la RAMQ par année pour les services de psychiatrie légale, le besoin de développer une grande expertise des ressources ayant à intervenir avec cette clientèle et le souci de répondre aux standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience. L'ensemble de ces déterminants indique la pertinence de regrouper ces services et l'hébergement sécuritaire dans un des centres de santé de la région. L'orientation est de confier le mandat régional de psychiatrie légale au CSSS de La Côte-de-Gaspé.

Le CSSS mandaté reçoit tous les cas d'ordonnance d'évaluation d'aptitude à subir leur procès et ceux de non-responsabilité criminelle nécessitant une garde. La clientèle du TAQ, qui devrait être admise au CSSS mandataire, est celle dont la décision est la détention, avec ou sans possibilité de sorties, qui représente un risque pour la sécurité du public qui ne peut être adéquatement contrôlé, si ce dernier vit en liberté dans la collectivité. Cependant, les clients qui auraient une décision de libération sans condition ou une libération conditionnelle devraient être suivis par le CSSS d'où ils proviennent.

Pour actualiser le mandat régional de psychiatrie légale, l'établissement mandaté doit disposer de 2 lits dédiés à cette clientèle et ajuster le fonctionnement de l'unité psychiatrique en conséquence. L'équipe de l'unité de psychiatrie du CSSS mandataire sera ainsi bonifiée. De plus, l'augmentation de cette clientèle au CSSS de La Côte-de-Gaspé nécessitera peut-être de revoir le nombre de psychiatres au programme régional d'effectifs médicaux pour ce CSSS.

Cette orientation nécessite des discussions avec les procureurs et les juges de la région, ainsi qu'avec le directeur de la Direction de santé mentale au MSSS, afin qu'il y ait entente sur la procédure à suivre pour les demandes d'ordonnance d'évaluation et les jugements du TAQ.

7. REPARTITION DES LITS DE PSYCHIATRIE

La répartition de l'ensemble des lits de psychiatrie sur chacun des territoires au regard de la mission locale et régionale est présentée dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 6						
Répartition des lits de psychiatrie						
CSSS	Répartition 2007-2008			Répartition 2009-2010		
	CD	LD	Total	Lits locaux	Lits régionaux	Total
Baie-des-Chaleurs	7	(2)	9	10	0	10
Rocher-Percé	4	(1)	5	5	0	5
Côte-de-Gaspé	7 + 2 transitoires	1 + 4 (DI-SM)	14	6	2 CC 2 PL	10
Îles	3	(1)	4	4	0	4
Haute-Gaspésie	3	(1)	4	4	0	4
Total	26	10	36	29	4	33

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan régional d'organisation de services en santé mentale 1997-2002*, vol. 1 Cadre de référence et orientations de services, 1996, 125 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan régional d'organisation de services en santé mentale 1997-2002*, vol. 2, Cadre de financement.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre méthodologique et consignes pour réaliser l'inventaire des dépenses et des services*, décembre 2007, 55 p.

GUDEMAN, J. E., SHURE, M. F., 1984, Beyond deinstitutionalization: A new class of facilities for the mentally ill, *New England Journal of Medicine*, 311, 832-836.