

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

Québec 

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

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^{me} 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

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

21^e 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 crânio-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.

- **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.

- **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 cranio-cérébral.

- **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