

CHAPITRE 4

Santé mentale : efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

EN BREF

Les personnes ayant des troubles mentaux graves sont en situation de grande vulnérabilité et requièrent des soins adaptés à leurs besoins. Des problèmes de santé physique ou de dépendance peuvent s'ajouter à leur condition, de même que la stigmatisation ou les préjugés dont elles sont souvent l'objet. Des manquements dans l'offre de soins et de services à cette clientèle peuvent donc mener à des conséquences graves.

Il est important de reconnaître rapidement les grands utilisateurs des urgences en santé mentale afin d'adapter leur prise en charge et de la rendre plus efficace. Or, les entités auditées n'ont pas l'information nécessaire pour tous les identifier. De plus, le personnel soignant ne dispose pas de l'ensemble des informations cliniques de ses patients en temps opportun.

Le délai d'accès aux soins et aux services est un défi pour les usagers et leurs proches. D'abord, les grands utilisateurs des urgences en santé mentale demeurent plus longtemps sur les listes d'attente du Guichet d'accès à un médecin de famille que l'ensemble de la population. En ce qui a trait aux psychiatres, le nombre de postes vacants dans les établissements publics, associé au nombre croissant de ces spécialistes exerçant exclusivement en cabinet, réduit l'accès à leurs services pour la clientèle ayant des troubles graves. Enfin, l'accès aux services dans la communauté est fragilisé par les problèmes de pénurie de main-d'œuvre auxquels sont confrontés les établissements audités et les organismes communautaires.

L'accès à un hébergement convenant aux besoins des usagers en santé mentale est difficile, notamment par manque de ressources adaptées à des clientèles de plus en plus complexes (toxicomanie, judiciarisation, etc.), et aussi parce que des usagers dont la condition leur permettrait de vivre en logement autonome demeurent hébergés dans le réseau par manque de logements abordables. En conséquence, des lits d'hospitalisation sont occupés par des gens en attente d'un hébergement, bien qu'ils ne requièrent pas de soins hospitaliers.

Nous avons constaté un manque de fluidité lors des passages aux urgences, de même qu'un manque de communication entre les services hospitaliers et les équipes externes. De plus, les exigences en matière de consentement, notamment pour la communication d'informations aux proches, ne sont pas toujours bien comprises par les intervenants du réseau.

CONSTATS

1

L'accès aux informations nécessaires pour une prise en charge efficace des usagers est difficile.

2

Les ressources offertes ne permettent pas à tous les usagers d'avoir accès à un hébergement convenant à leurs besoins ni à un suivi suffisant.

3

L'accès aux services médicaux représente un défi pour plusieurs personnes ayant des troubles mentaux graves.

4

Des lacunes dans l'organisation des services nuisent au continuum de soins et de services.

ÉQUIPE

Jacques Hébert

Vérificateur général adjoint

France Bêty

Directrice d'audit

Lucie Bédard

Ida Thaïs Bindutiye

Jean-Pierre Paré

Lucie Proulx

Fabienne Richer

Frédéric Rodrigue-Martineau

REVUE DE LA QUALITÉ

Christine Roy

Sous-vérificatrice générale

SIGLES

CIUSSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CIUSSS-EMTL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GUU	Grand utilisateur des urgences
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
NSA	Niveau de soins alternatif
PPEP	Programme pour premiers épisodes psychotiques
RI	Ressource intermédiaire
RTF	Ressource de type familial
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Soutien d'intensité variable

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
L'accès aux informations nécessaires pour une prise en charge efficace des usagers est difficile.....	14
Les ressources offertes ne permettent pas à tous les usagers d'avoir accès à un hébergement convenant à leurs besoins ni à un suivi suffisant.....	19
L'accès aux services médicaux représente un défi pour plusieurs personnes ayant des troubles mentaux graves.....	29
Des lacunes dans l'organisation des services nuisent au continuum de soins et de services.....	34
Recommandations.....	39
Commentaires des entités auditées	41
Renseignements additionnels.....	45

Voyez aussi les observations de la commissaire au développement durable sur le sujet.

MISE EN CONTEXTE

1 En 2021-2022, 12 % de la population québécoise vivait avec un trouble mental diagnostiqué¹. Les troubles mentaux peuvent être ponctuels ou chroniques et s'accompagner :

- de problèmes concomitants de santé physique, de dépendance ou d'autres natures ;
- de stigmatisation ou de préjugés pouvant exacerber les troubles existants ou en occasionner de nouveaux.

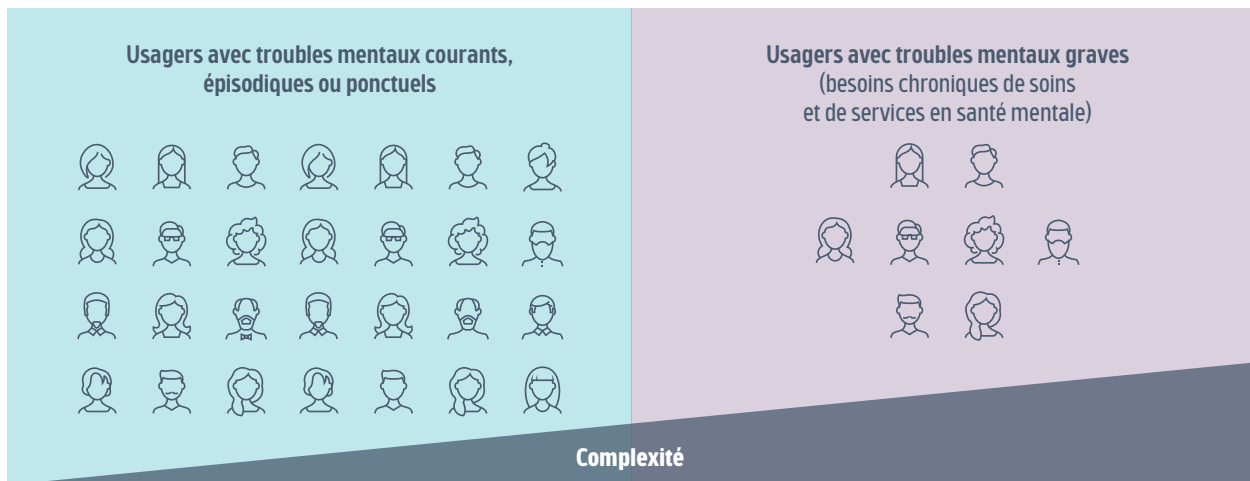
2 Le présent rapport porte sur les usagers ayant des troubles mentaux graves et des besoins chroniques de soins et de services en santé mentale (représentés dans la partie droite de la figure 1).

Trouble mental

Le trouble mental est un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et lui cause de la détresse.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

FIGURE 1 Usagers des soins et services en santé mentale



Troubles mentaux courants

Ceux-ci sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu, et nécessitent un traitement, selon les normes professionnelles largement reconnues.

Bien qu'ils soient souvent récurrents et qu'ils puissent avoir d'importantes répercussions sur la vie professionnelle et sociale, ces troubles sont généralement moins handicapants que les troubles graves de santé mentale.

Exemples de troubles associés :

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux

Troubles mentaux graves

Ceux-ci sont associés à un niveau d'incapacité (suivie, prolongée ou durable) qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail.

Exemples de diagnostics associés :

- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques

1. Source : Institut national de santé publique du Québec.

3 Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la chronicité des besoins de soins et de services des usagers ayant des troubles mentaux graves dont :

- La comorbidité, par la combinaison :
 - de plus d'un trouble mental ;
 - d'un trouble mental et d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives (ex. : alcool, cannabis, hallucinogènes, opioïdes) ;
 - d'un trouble mental et de problèmes de santé physique et/ou de troubles cognitifs (ex. : démence) ;
 - d'un trouble mental et de problèmes de judiciarisation, d'instabilité résidentielle ou d'itinérance.
- Les épisodes aigus de différents troubles mentaux (ex. : dépression récurrente, trouble anxieux grave avec incapacité fonctionnelle prolongée, potentiel suicidaire, épisodes psychotiques fréquents) ;
- Le refus de l'usager à reconnaître sa maladie et de recevoir les soins et services offerts. En effet, celui-ci doit reconnaître sa maladie ou ses problèmes, être volontaire et accepter de recevoir les soins qui lui sont offerts pour que le système de santé puisse intervenir :
 - Il n'est pas possible de garder contre son gré une personne au sein d'un établissement pour évaluer son état mental, sauf si elle présente un danger grave et imminent pour elle ou pour autrui, avec ordonnance judiciaire.
 - Un usager ne peut pas être traité contre son gré, sauf si une autorisation de soins du tribunal (Cour supérieure) est rendue à cet égard.

Comorbidité

La comorbidité correspond à la présence simultanée de deux troubles ou maladies, que ce soit un trouble mental, un trouble cognitif ou une maladie physique.

4 Offrir un continuum de soins et de services en santé mentale aux usagers ayant des troubles mentaux graves représente un défi de taille pour le système de santé et de services sociaux québécois.

Continuum de services

Il s'agit de l'articulation des services offerts par des organismes du domaine sociosanitaire œuvrant à différents niveaux en un réseau intégré qui permet d'assurer une prise en charge continue, sans rupture, des personnes qui ont besoin de ces services.

Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

5 Des ruptures dans la continuité des services en santé mentale peuvent se traduire par des passages répétés à l'urgence ou par des hospitalisations fréquentes pour les usagers. De plus, le manque de fluidité dans le continuum de soins et de services, par exemple une mauvaise communication entre les partenaires impliqués, peut entraîner d'autres répercussions significatives :

- l'aggravation du problème ;
- un impact sur le réseau de la personne (ex. : sentiment d'impuissance, détachement ou diminution de l'implication des proches, entrave à leur santé) ;
- la stigmatisation, la victimisation ;
- l'instabilité résidentielle, l'itinérance ;
- le développement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou leur usage comme automédication ;
- des agissements criminels entraînant la judiciarisation ou l'incarcération.

6 Les troubles mentaux graves peuvent avoir une incidence considérable dans tous les aspects de la vie, notamment les résultats scolaires ou professionnels, les relations avec la famille et les amis, et la capacité de participer à la vie de la collectivité. Leurs répercussions se font également sentir en ce qui concerne l'espérance de vie, tel qu'il est montré ci-après.

	Espérance de vie au Québec entre 2005 et 2010 (âge)	
	Hommes	Femmes
Population en général	78	83
Population avec troubles mentaux	70	78
Ex. : avec troubles schizophréniques	66	74

Source : INSPQ.

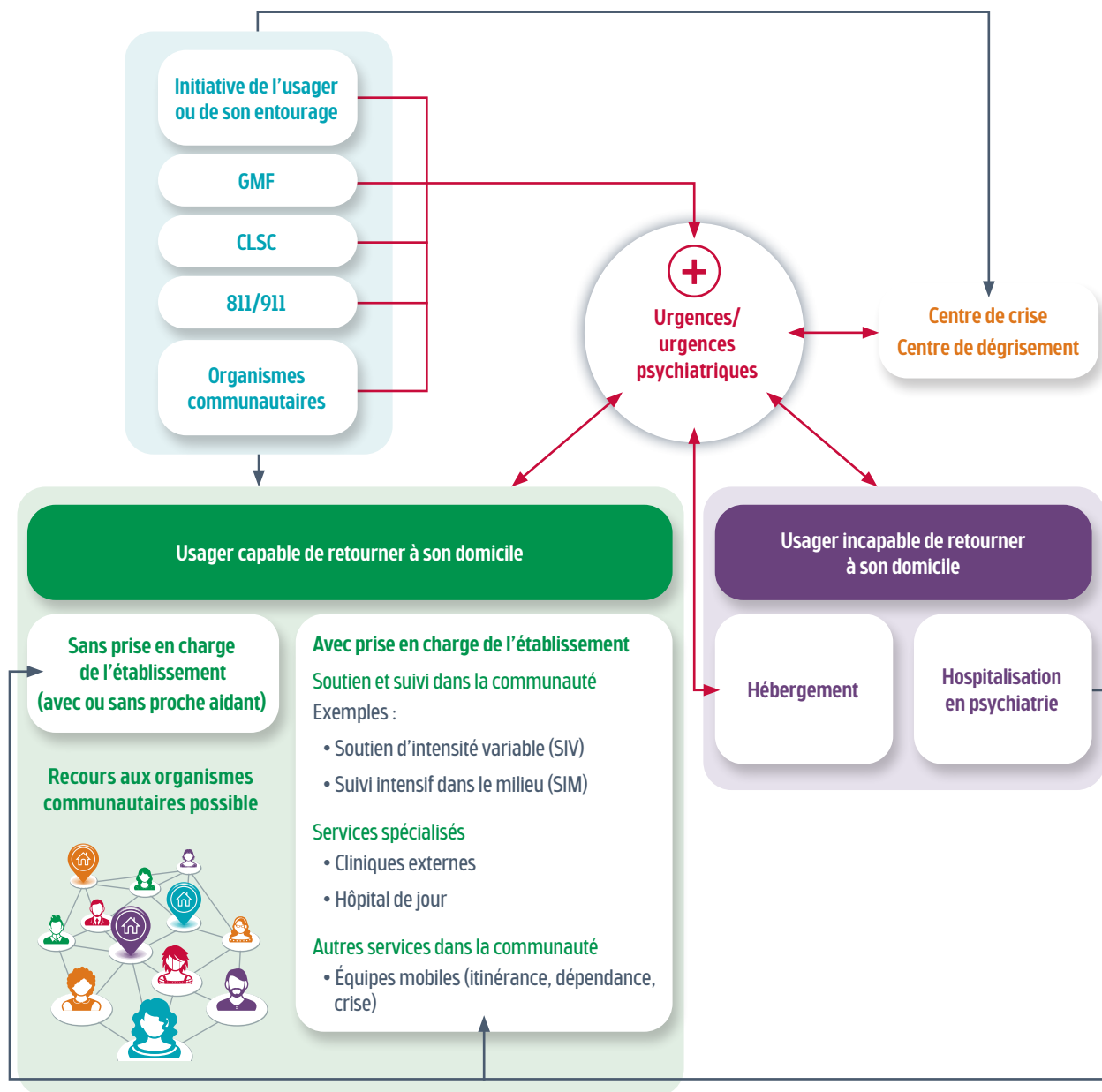
7 De tels troubles peuvent également avoir des impacts négatifs sur le plan socioéconomique pour le patient, son entourage et même pour la société. La commissaire au développement durable en fait plus amplement état dans ses observations formulées en annexe du présent rapport.

8 Enfin, il est d'autant plus important de s'intéresser à la continuité des soins et des services en santé mentale dans le contexte où ce sujet fait l'objet d'une grande attention au Québec depuis de nombreuses années et que l'amélioration de la continuité de ces soins et services a été un objectif des trois plus récents plans d'action en santé mentale élaborés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'organisation des soins et des services en santé mentale

9 Comme le montre la figure 2, les soins et services en santé mentale offerts par le réseau public sont très diversifiés et nécessitent l'implication d'un grand nombre d'intervenants. Outre les services d'urgence, ces soins et services vont de l'hospitalisation de courte durée ou de la consultation psychiatrique en clinique externe aux services d'accompagnement proposés par les organismes communautaires partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, en passant par les ressources d'hébergement.

FIGURE 2 Continuum de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves¹



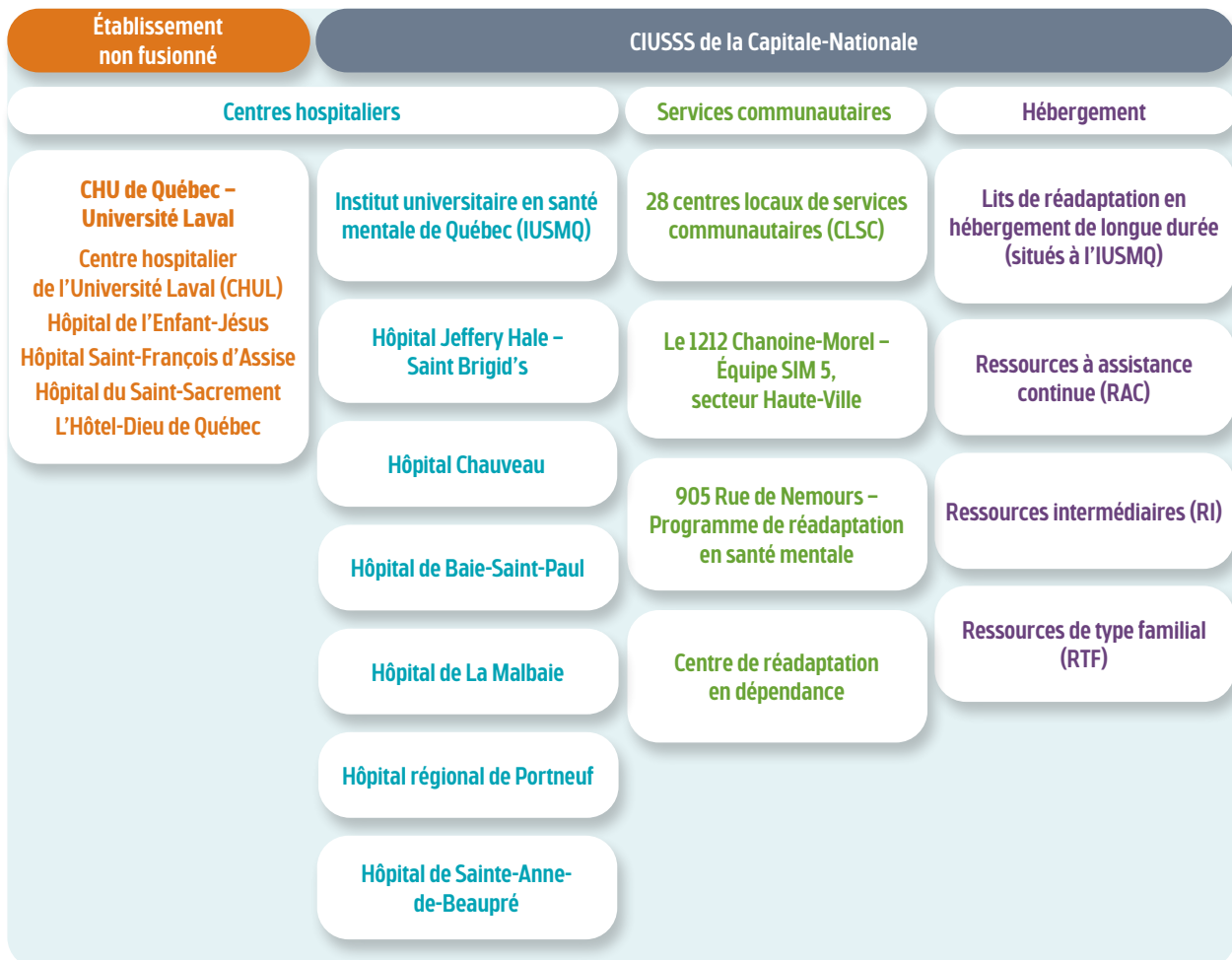
1. Le continuum n'inclut pas les services pour la psychiatrie légale.

10 Par ailleurs, ces services peuvent être rendus par un grand nombre d'installations sur les territoires respectifs des deux établissements audités, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL). Ces installations sont présentées succinctement aux figures 3 et 4, et davantage de détails sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Installation

Une installation est un lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population québécoise. Ces installations relèvent des établissements, qui en possèdent généralement plusieurs.

FIGURE 3 Installations offrant des services en santé mentale sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale au 31 mars 2022



Source : CIUSSS de la Capitale-Nationale.

FIGURE 4 Installations offrant des services en santé mentale sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 31 mars 2022



1. L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel offre des services surspécialisés en psychiatrie légale. Ce volet n'est pas traité dans ce rapport.

Source : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Les urgences dans la région de la Capitale-Nationale

Contrairement à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) ne possède pas d'urgence psychiatrique à l'intérieur de ses locaux. Les urgences psychiatriques relevant du CIUSSS-CN se trouvent plutôt dans les installations du CHUL et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (dont les urgences accueillent la très grande majorité des patients avec un trouble mental). En conséquence, pour une meilleure comparabilité avec le CIUSSS-EMTL, nous présenterons parfois les données de l'ensemble de la région de la Capitale-Nationale.

Quels sont les objectifs de l'audit et la portée des travaux ?

11 L'un des objectifs de notre audit était de vérifier si les établissements audités offrent un continuum de soins et de services efficace aux adultes ayant des troubles mentaux graves et des besoins chroniques en santé mentale. L'autre objectif de cet audit était d'évaluer si le ministère de la Santé et des Services sociaux soutient efficacement les établissements et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux afin que ceux-ci assurent la coordination et la continuité des soins et des services en santé mentale offerts à ces usagers.

12 Le Vérificateur général du Québec a fait le choix d'exclure de ses travaux la qualité clinique des soins et des services. Nos travaux ont porté essentiellement sur la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2022. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

13 Par ailleurs, nous avons envisagé de suivre le parcours d'un échantillon d'usagers en vue de recueillir des informations sur les délais de traitement de leur dossier. Nous n'avons pas été en mesure de compléter cet exercice en raison de la difficulté à reconstituer l'historique médical des usagers à partir des multiples systèmes utilisés par les établissements et des dossiers papier.

14 Les objectifs de l'audit, la portée des travaux ainsi que les rôles et responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux et des CIUSSS audités sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

L'accès aux informations nécessaires pour une prise en charge efficace des usagers est difficile.

Qu'avons-nous constaté ?

15 Les établissements audités procèdent depuis peu à l'identification² des grands utilisateurs des urgences (GUU), mais des contraintes de partage d'informations entre leurs différentes installations ou entre établissements ne leur permettent pas de faire un repérage complet de ceux-ci. De plus, les critères qu'ils utilisent pour qualifier un usager de grand utilisateur sont restrictifs, éliminant ainsi de leur recherche une partie de cette clientèle.

16 Par ailleurs, il est difficile pour le personnel soignant d'avoir accès en temps opportun à l'ensemble des informations cliniques qui sont nécessaires pour assurer une prise en charge efficace à l'urgence ainsi que tout au long du continuum de soins et de services.

Grand utilisateur des urgences

La documentation scientifique mentionne généralement qu'un grand utilisateur des urgences est un adulte ayant effectué quatre passages ou plus par année aux urgences en lien avec un trouble mental, en excluant les transferts entre urgences. Les critères de classification internationale d'un GUU sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

Il est à noter que les grands utilisateurs des urgences en santé mentale ne sont pas seulement des usagers ayant des troubles mentaux graves.

2. Cette identification a débuté en juillet 2021 au CIUSSS-CN et en mai 2022 au CIUSSS-EMTL.

Pourquoi ce constat est-il important ?

17 Le phénomène des grands utilisateurs des urgences est identifié comme un problème majeur depuis de nombreuses années. Les résultats d'une revue de la littérature réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec indiquent que « pour évaluer la réponse aux besoins en santé mentale, le monitoring de l'urgence s'avère un indicateur de choix. [...] L'urgence est le premier lieu où les patients se retrouvent lorsqu'ils sont en état de crise ou évaluent les autres ressources comme inadéquates, et le dernier lieu lorsque les autres ressources ont été épuisées ou sont inaccessibles. L'urgence est aussi un lieu important de coordination des services de santé, permettant la mesure d'indicateurs clés comme l'accessibilité, la continuité et l'adéquation des soins à répondre aux besoins des patients. »

18 Au Québec, en 2021-2022, plus de 106 000 adultes ont effectué un passage à l'urgence pour un trouble mental, qu'il s'agisse d'un trouble courant ou grave. Parmi eux, 5 223 étaient des GUU. Il est important de reconnaître rapidement les GUU en santé mentale afin d'adapter leur prise en charge et de la rendre plus efficace. Concrètement, cela permet notamment de :

- connaître les causes sous-jacentes à la récurrence des visites à l'urgence ;
- informer rapidement les équipes de suivi des personnes présentant des troubles mentaux graves pour identifier des stratégies communes de prévention et d'intervention ;
- favoriser la référence des GUU vers d'autres services de l'établissement ;
- s'assurer qu'un filet de sécurité est mis en place à la sortie de l'urgence des usagers ;
- diminuer le nombre de leurs visites à l'urgence et ainsi contribuer au désengorgement des urgences.

Ce qui appuie notre constat

19 En 2021-2022, pour l'ensemble du Québec, 40 % des GUU ayant un trouble mental se sont rendus dans plus d'un établissement. Quand on exclut les passages dans des urgences des régions de Montréal et de la Capitale-Nationale, cette proportion diminue à 17 %.

20 La plus grande mobilité interétablissements dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale s'explique notamment par le fait qu'il y a plusieurs établissements sur leurs territoires respectifs.

Absence de définition commune des GUU et difficulté d'identification de ces derniers à leur arrivée à l'urgence

21 Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas établi de critères permettant de définir qui sont les grands utilisateurs des urgences pour un trouble mental. Il laisse la latitude à chaque établissement d'établir ses propres critères. Par conséquent, aucun indicateur spécifique n'a été développé pour en faire le suivi pour l'ensemble du réseau.

22 Les CIUSSS audités procèdent depuis peu à l'identification des GUU de leur territoire ayant un trouble mental. Pour ce faire, ils ont chacun défini leurs propres critères, lesquels sont plus restrictifs que ceux que l'on retrouve généralement dans la littérature scientifique, soit quatre passages ou plus par année aux urgences :

- CIUSSS-EMTL : quatre visites ou plus dans les six derniers mois à l'urgence psychiatrique de l'IUSMM ;
- CIUSSS-CN : cinq visites ou plus dans le dernier mois aux urgences du CHU de Québec – Université Laval et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. Ces critères ne sont cependant pas limités aux GUU en santé mentale.

23 Outre le fait que l'utilisation de critères plus restrictifs réduit le nombre de grands utilisateurs des urgences identifiés, deux autres facteurs expliquent que les initiatives des deux CIUSSS ne permettent pas d'établir un portrait exhaustif du nombre de GUU ayant un trouble mental :

- Les deux établissements audités n'utilisent pas les données disponibles de toutes leurs installations.
- Ils n'ont pas accès aux données des urgences des autres établissements (par exemple, les autres CIUSSS et les centres intégrés de santé et de services sociaux).

24 Pour évaluer l'impact de ces facteurs, nous avons utilisé la banque de données communes des urgences du ministère pour identifier le nombre de GUU en santé mentale qui se sont présentés en 2021-2022 aux urgences sur les territoires des établissements audités. Les résultats sont présentés au tableau 1.

Critères d'identification des GUU

Afin d'identifier les GUU en santé mentale, nous avons retenu le critère de quatre passages ou plus par année aux urgences répondant à au moins l'un des paramètres suivants :

- La raison de la visite établie lors du triage est associée à un trouble mental.
- Le médecin pose un diagnostic de trouble mental et il s'agit du problème principal qui a justifié la visite à l'urgence.
- Une consultation avec un psychiatre a lieu au cours du séjour à l'urgence.

La banque de données communes des urgences ne permet toutefois pas de différencier de façon précise les GUU avec un trouble grave de ceux avec un trouble courant.

TABLEAU 1 Nombre de GUU en santé mentale s'étant présentés aux urgences en 2021-2022

	CIUSSS-EMTL	CIUSSS-CN
Identification du nombre de GUU par les deux CIUSSS		
Selon leurs propres critères (paragr. 22)	46	203
Identification du nombre de GUU par le Vérificateur général selon le critère de quatre visites ou plus par année		
Selon les visites aux urgences des instituts universitaires en santé mentale des CIUSSS audités ¹ (données disponibles pour les CIUSSS)	115	367
Selon les visites dans toutes les urgences du Québec, dont au moins une sur le territoire du CIUSSS audité (identification qui serait possible du côté du CIUSSS sans les contraintes actuelles d'accès aux données)	628	615

1. Les urgences psychiatriques relevant du CIUSSS-CN sont situées dans les installations du CHUL et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

25 Ainsi, nos travaux nous ont permis de confirmer que l'approche utilisée par les établissements audités ne permet pas de faire une identification complète des GUU, ce qui les prive d'une information pertinente pour la prise en charge de tels usagers.

26 Dans son plan de désengorgement des urgences (2021), le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit le repérage en temps réel de certaines clientèles, dont les GUU en santé mentale. Dans ce but, il a développé, à partir d'un système conçu par un établissement, un outil informatique appelé le Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles. Le ministère est actuellement à planifier le déploiement de cet outil dont la description est présentée dans la section Renseignements additionnels.

Difficulté à obtenir l'ensemble des informations cliniques en temps réel tout au long du continuum de soins et de services

27 Les grands utilisateurs des urgences nécessitent généralement une attention particulière compte tenu de leur historique médical. Cependant, le personnel qui les accueille à l'urgence et les équipes traitantes n'ont pas accès facilement à leur dossier de santé complet puisque les informations cliniques des usagers ne sont pas toutes disponibles dans un dossier centralisé.

28 Actuellement, le réseau de la santé dispose du Dossier santé Québec (DSQ). Il s'agit d'une plateforme permettant le partage de certains renseignements de santé entre les intervenants autorisés afin de soutenir la prestation de soins et de services de santé. On y trouve le nom du médecin de famille de l'utilisateur, les médicaments prescrits ainsi que les résultats des analyses de laboratoire et d'exams d'imagerie médicale. Bien que le Dossier santé Québec soit complémentaire aux systèmes d'information locaux des établissements, il a ses limites puisque plusieurs renseignements importants, tels que les noms des intervenants au dossier, les notes de médecins, les diagnostics, les antécédents familiaux ou les prises en charge par l'établissement (ex. : en CLSC [centre local de services communautaires], en clinique externe) n'y figurent pas.

29 Par ailleurs, le plan de modernisation technologique du réseau de la santé prévoit la mise en place du Dossier santé numérique.

Le Dossier santé numérique (DSN)

Le Dossier santé numérique vise à réunir, de façon numérique, toutes les informations cliniques de l'utilisateur. Tout intervenant autorisé aura accès au dossier de santé complet de l'utilisateur, peu importe où les soins et services auront été fournis au Québec. Ce projet vise à intégrer plusieurs systèmes existants, mais qui ne communiquent pas entre eux. Toutefois, le déploiement du Dossier santé numérique prendra plusieurs années.

En parallèle, le projet de loi n° 3, *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, a été déposé en décembre 2022. Ce projet de loi vise à favoriser une circulation plus fluide, tout en assurant leur protection, des renseignements de santé et de services sociaux en fonction de balises bien établies.

30 Actuellement, certaines données cliniques d'un usager peuvent être disponibles en format papier, d'autres dans un système d'information de l'établissement et d'autres encore dans les dossiers d'autres établissements. La difficulté d'accéder rapidement aux informations sur l'historique médical du patient peut avoir des impacts importants sur la prestation des soins et des services en santé mentale, tels que :

- la perte d'efficacité lors de la prise en charge du patient ;
- le risque de laisser partir un patient sans un plan de départ adéquat au terme d'une hospitalisation de courte durée à défaut d'avoir obtenu l'information pertinente avant son congé de l'hôpital ;
- la mauvaise utilisation du personnel soignant due à la lourdeur de la tâche associée à la recherche d'information sur l'historique médical du patient.

31 Au CIUSSS-EMTL, chaque installation a son propre système d'information clinique permettant la consultation des données cliniques des usagers. Comme ces systèmes informatisés ne communiquent pas entre eux, les informations d'une autre installation ne sont pas disponibles sans autorisation. De plus, l'intervenant d'une installation doit sortir d'un système pour accéder au système d'une autre installation. Ainsi, il est impossible d'obtenir un portrait global des soins et des services offerts à un patient au CIUSSS-EMTL sans consulter l'un après l'autre tous les systèmes (ex. : celui des urgences, celui des CLSC).

32 Pour ce qui est du CIUSSS-CN, un système maison implanté à l'IUSMQ permet de centraliser plusieurs informations cliniques en santé mentale. Malgré tout, certaines informations demeurent difficiles d'accès, car elles sont notamment tenues en format papier. De plus, à l'exception de quelques personnes ayant des fonctions de coordination, les professionnels du CIUSSS-CN n'ont pas accès aux systèmes d'information des urgences psychiatriques qui se trouvent dans les locaux du CHU de Québec – Université Laval alors que c'est dans cet établissement que s'effectue la majorité des visites de grands utilisateurs.

CONSTAT 2

Les ressources offertes ne permettent pas à tous les usagers d'avoir accès à un hébergement convenant à leurs besoins ni à un suivi suffisant.

Qu'avons-nous constaté ?

33 Les ressources offertes par les établissements audités ne permettent pas d'assurer une offre d'hébergement au bon moment à une clientèle de plus en plus complexe. La situation est particulièrement préoccupante au CIUSSS-EMTL alors que, selon les données qu'il nous a transmises, les délais moyens pour accéder aux divers types d'hébergement varient entre 173 et 337 jours. Cela a notamment pour effet que des usagers en attente d'une place occupent des lits d'hospitalisation, même s'ils ne requièrent plus de soins hospitaliers. Cela n'est ni avantageux pour l'utilisateur, qui ne bénéficie pas d'un environnement adapté à son état, ni avantageux pour l'établissement, qui ne fait pas une bonne utilisation de ses ressources.

34 Lors de nos entrevues, les établissements audités nous ont mentionné que l'une des causes des délais d'attente en hébergement est le manque de loyers abordables. Ainsi, des usagers dont la condition permettrait un suivi dans la communauté demeurent hébergés dans le réseau à défaut d'avoir leur propre logement.

35 L'accès aux services de suivi dans la communauté constitue aussi une préoccupation importante. Le réseau de la santé et des services sociaux fait face à un manque de main-d'œuvre qui a un impact sur les délais d'accès et met à risque l'intensité des services offerts aux usagers. Pour ce qui est des organismes communautaires en santé mentale, ils doivent diminuer leur offre de services et ont des listes d'attente, également en raison de la pénurie de main-d'œuvre.

Pourquoi ce constat est-il important ?

36 L'efficacité du continuum de soins et de services en santé mentale nécessite que les usagers aient accès en temps opportun aux ressources disponibles pouvant répondre à leurs besoins, notamment en matière d'hébergement, de lits d'hospitalisation et de services dans la communauté.

37 Comme il est mentionné dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, « le milieu de vie est un déterminant social important de la santé et un élément fondamental du rétablissement. Avoir un logement abordable et salubre ainsi qu'une stabilité résidentielle influence la santé et le bien-être. »

38 L'attente d'une place en hébergement peut entraîner des conséquences importantes. Un usager habitant son propre domicile ou qui est hébergé par ses proches aidants alors qu'il est en attente d'un hébergement peut voir sa santé mentale ou physique se détériorer par manque de soins adaptés. Cette situation peut aussi avoir des impacts sur ses proches, autant sur le plan de leur santé que sur le plan financier.

39 Le plan d'action pour les services psychiatriques de l'Association des médecins psychiatres du Québec mentionnait, en 2015, que « l'engorgement des lits d'hospitalisation par des patients qui sont en attente d'hébergement spécialisé contribue de façon importante aux débordements à l'urgence, ainsi qu'aux séjours prolongés sur civière à l'urgence. Par ailleurs, plusieurs patients deviennent de grands utilisateurs de l'urgence médicale et psychiatrique en raison d'un manque d'hébergement répondant à leurs besoins. »

40 Le soutien des usagers jugés aptes à vivre dans la communauté est aussi une condition essentielle à leur bien-être. L'incapacité à leur offrir de bons services de soutien, que ce soit par les ressources de l'établissement ou par les organismes communautaires, aura un impact négatif sur leur rétablissement et sur leur qualité de vie.

Services dans la communauté

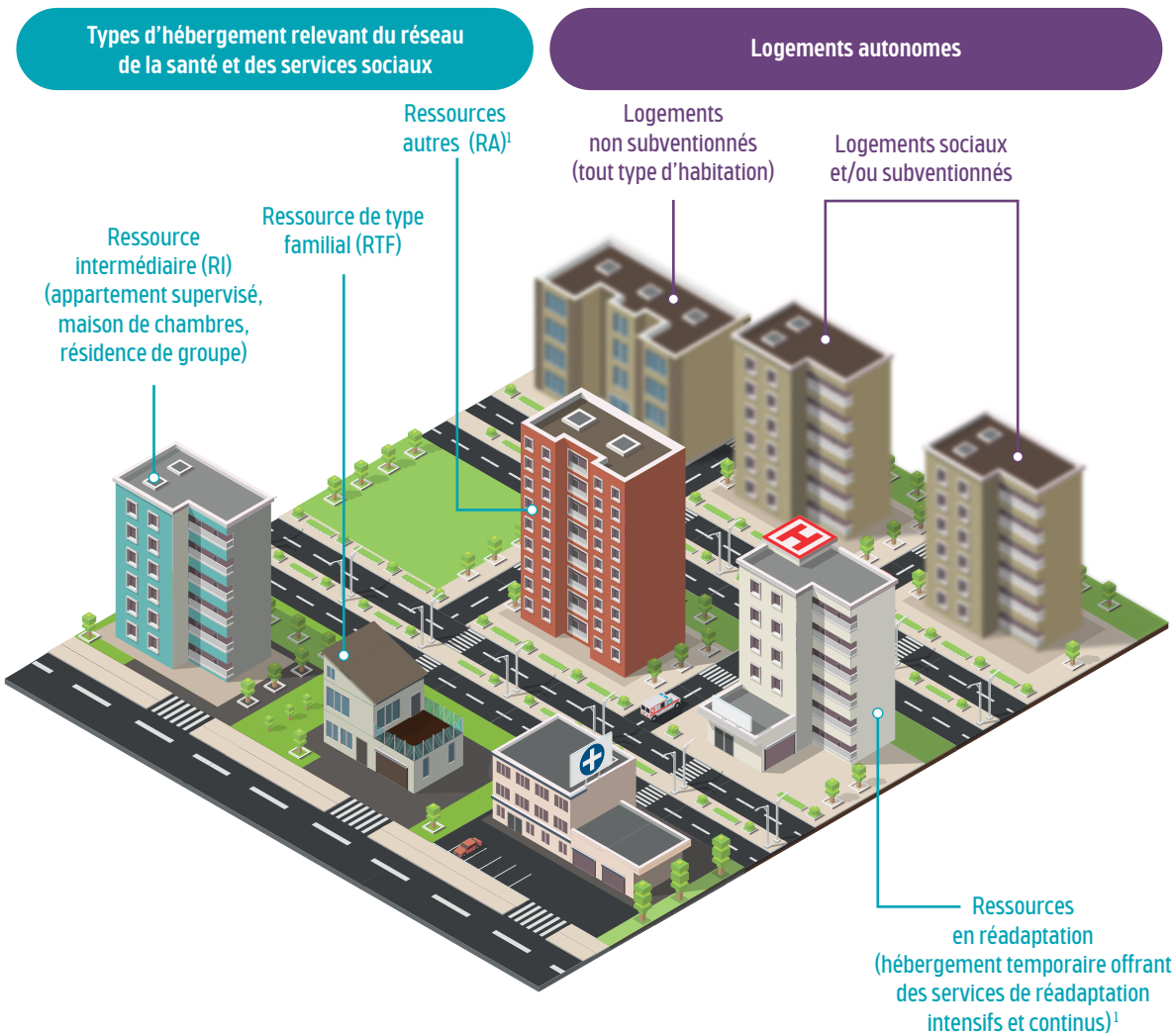
Les services dans la communauté visent, par un accompagnement au sein même de son milieu de vie, à maintenir la personne dans la communauté et à la soutenir dans son processus de rétablissement, son insertion sociale et l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante.

Ce qui appuie notre constat

Hébergement

41 Différents types d'hébergement sont offerts par le réseau, en collaboration avec le secteur privé ou le milieu communautaire. Cette variété de services résidentiels est nécessaire en vue d'assurer une réponse aux besoins de logement des personnes ayant un trouble mental, et ce, en fonction de leur autonomie, de leur sécurité et de leurs capacités (figure 5).

FIGURE 5 Types d'hébergement offerts en partenariat par le réseau de la santé et des services sociaux



1. Il s'agit de ressources mandatées pour offrir des services particuliers à certains usagers (réadaptation, intégration sociale).

42 Les caractéristiques des divers types d'hébergement relevant du réseau de la santé et des services sociaux sont présentées dans la section Renseignements additionnels.

43 Les deux établissements audités possèdent des mécanismes de coordination des demandes d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale. Leur premier objectif est d'orienter les usagers vers les types de ressources et d'organisation résidentielle qui conviennent à leurs besoins.

44 Bien que le logement autonome ne soit pas sous la responsabilité des établissements, le ministère préconise cette formule afin de maintenir dans la communauté ceux qui y sont aptes, tout en leur offrant des programmes de soutien appropriés tels que les services de soutien d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif dans le milieu (SIM), et le Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP), dont nous faisons état plus loin dans ce constat.

Logement autonome

Le logement autonome est un logement de type privé ou public (ex. : habitation à loyer modique). Il s'agit d'un milieu de vie indépendant, non supervisé et dont le bail est sous la responsabilité de l'individu. Des programmes tels que le Programme d'habitation abordable Québec et le Programme de supplément au loyer visent à en favoriser l'accès.

Délais d'attente pour les ressources d'hébergement relevant du réseau de la santé et des services sociaux

45 Le ministère de la Santé et des Services sociaux ne possède pas l'ensemble des données lui permettant d'avoir un portrait juste de la situation de l'attente pour l'hébergement en santé mentale au Québec.

46 Par contre, ces informations sont disponibles dans les deux établissements audités. Les données qu'ils nous ont fournies concernant les délais moyens d'attente en 2021 sont présentées au tableau 2.

TABLEAU 2 Nombre moyen de jours d'attente pour une place en hébergement en 2021

	CIUSSS-EMTL	CIUSSS-CN
Ressource de type familial	235	34
Ressource intermédiaire	173	88 ¹
Ressource en réadaptation	337	162
Ressource autre	308	s. o.

1 Ce nombre inclut les ressources intermédiaires et les ressources autres.

47 Les programmes de soutien dans la communauté visent le maintien dans la communauté des adultes aux prises avec un trouble mental grave. Des services spécifiques tels que le programme de suivi intensif dans le milieu sont offerts dans une perspective de rétablissement et de réadaptation et visent à permettre le retour d'une personne à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Cependant, tel que l'indique le ministère dans son bilan du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, « une faible disponibilité de logements autonomes à coût abordable est observée dans plusieurs villes du Québec, ce qui limite la sortie des usagers du parc d'hébergement en santé mentale ». Cette situation contribue à l'attente d'hébergement pour la clientèle requérant ce service.

48 Les CIUSSS audités nous confirment que cette situation prévaut toujours et qu'il est souvent difficile de retirer des usagers du parc d'hébergement en santé mentale, même lorsque ceux-ci vont mieux, entre autres par manque de logements abordables.

49 Ils constatent également que les clientèles en santé mentale des ressources intermédiaires (RI) et des ressources de type familial (RTF) sont de plus en plus lourdes et en croissance. Dans les cas les plus complexes (toxicomanie, judiciarisation, troubles de comportement, perte d'autonomie, etc.), les RTF ne sont plus appropriées et les usagers doivent être dirigés vers les RI. En outre, la détérioration de la santé d'une personne peut amener ces ressources d'hébergement à transporter le résident à l'urgence faute de pouvoir lui offrir un service adapté à son besoin.

50 Lorsque les RI et les RTF ne sont plus des environnements adaptés aux besoins de cette clientèle, il peut arriver que la seule option soit une unité de vie en santé mentale ou une unité spécifique en hébergement de longue durée dans un CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée). Celles-ci accueillent plusieurs types de clientèles, dont celle avec comorbidité et des expériences de vie complexes et parfois violentes.

51 En 2022, les deux établissements audités ont effectué des demandes de soutien financier au ministère de la Santé et des Services sociaux afin de combler le manque de places adaptées pour leurs usagers. Ils étaient toujours en attente d'une réponse lors de nos travaux.

Demandes de soutien financier aux fins d'hébergement

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a procédé au printemps 2022 à une demande de soutien financier récurrent de 3,1 millions de dollars pour le développement de 46 nouvelles places en RI, incluant les coûts de l'équipe clinique requise afin d'assurer les prestations de services nécessaires aux clientèles qui y seront hébergées. Cette demande fait mention de fermetures progressives de RTF, notamment liées au vieillissement des exploitants, ainsi que de celles de RI déjà annoncées par des promoteurs qui augmenteront de façon importante le manque de places adaptées pour répondre adéquatement aux besoins d'hébergement futurs en santé mentale.

Quant au CIUSSS-EMTL, celui-ci a demandé au ministère à l'automne 2022 un financement temporaire de 1,5 million de dollars pour l'ouverture de places régionales supplémentaires en ressources intermédiaires ou en ressources en établissement avec encadrement intensif.

Lits d'hospitalisation

Lits d'hospitalisation utilisés à d'autres fins que des soins

52 En 2021-2022, l'IUSMQ et l'IUSMM disposaient respectivement de 242 et 287 lits de courte durée en santé mentale. Selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la période du 10 mai 2022 au 1^{er} février 2023, les taux d'occupation des lits de courte durée disponibles étaient en moyenne de 99,4 % à l'IUSMQ et de 99 % à l'IUSMM.

53 Cependant, une partie de ces lits était utilisée par des gens en attente d'un hébergement mieux adapté à leur situation. En effet, la complexification des cas et la difficulté d'accès aux ressources d'hébergement ont pour conséquence que des personnes ayant un trouble mental occupent un lit de courte durée à l'hôpital même si leur état de santé ne requiert plus les services de l'institution. Le statut de niveau de soins alternatif (NSA) leur est alors attribué. Cette situation est défavorable sur plus d'un plan. D'une part, l'usager ne bénéficie pas d'un environnement qui permet sa réinsertion sociale. D'autre part, l'établissement ne fait pas une utilisation judicieuse de ses ressources.

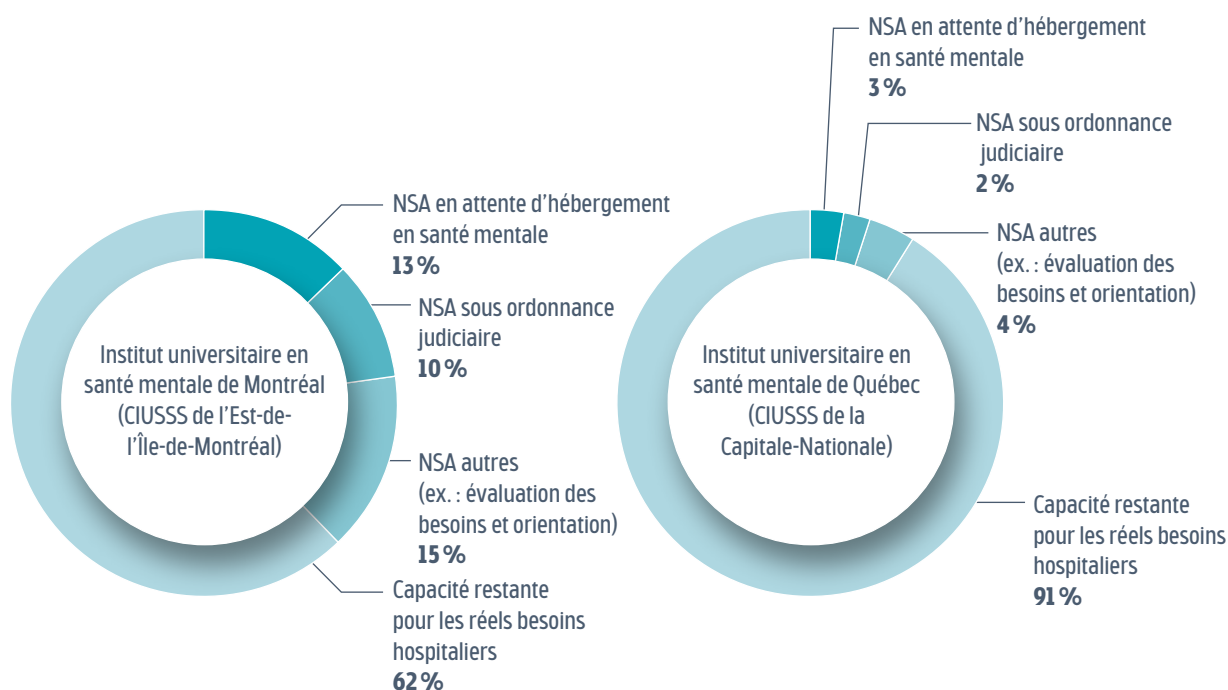
54 Les NSA incluent aussi d'autres types d'usagers qui ne devraient pas occuper un lit de courte durée, notamment ceux dans l'attente d'une évaluation de leurs besoins ou d'une orientation, ou encore les usagers sous ordonnance judiciaire.

55 En ce qui a trait à la clientèle en NSA sous ordonnance judiciaire, il peut s'agir d'une ordonnance de garde, d'évaluation psychiatrique ou de traitement à la demande de l'établissement. Il peut également s'agir :

- d'individus en détention (stricte ou avec modalités) en attente d'une audience pour une première comparution ou pour une révision de statut ;
- d'individus sous ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux et en attente d'hébergement ou de réadaptation.

56 La figure 6 montre que 9 % de la capacité de 242 lits de l'IUSMQ étaient accaparés par des NSA en 2021-2022 alors que, pour l'IUSMM, cette proportion atteignait 38 % des 287 lits. Une telle situation réduit la capacité d'hospitalisation de ces installations.

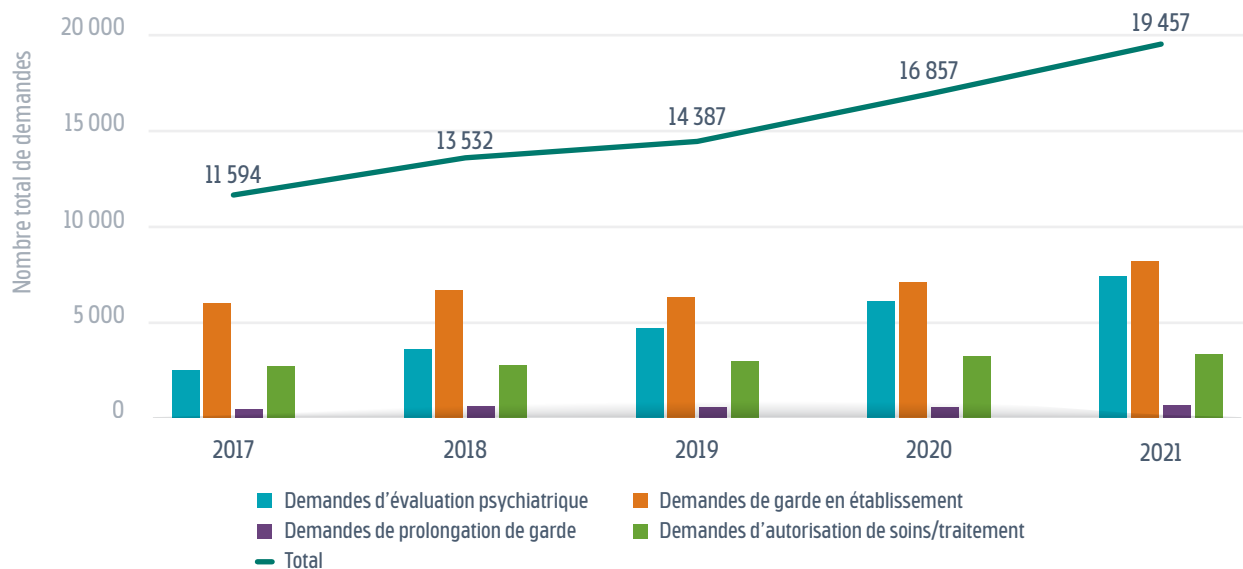
FIGURE 6 Utilisation de la capacité d'hospitalisation des instituts en santé mentale de Québec et de Montréal en 2021-2022



Sources : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de la Capitale-Nationale.

57 En 2021-2022, les NSA sous ordonnance judiciaire ont occupé les lits selon une durée moyenne de 229 jours/personnes au CIUSSS-EMTL. Ce délai n'a cessé de croître depuis 2018-2019, alors qu'il était de 140 jours/personnes. Pour ce qui est du CIUSSS-CN, la durée moyenne d'occupation des lits par cette clientèle a été de 108 jours/personnes en 2021-2022. La figure 7 montre d'ailleurs la progression, au niveau provincial, du nombre de requêtes en justice en lien avec des soins en santé mentale de 2017 à 2021.

FIGURE 7 Évolution des requêtes en justice en lien avec des soins en santé mentale au Québec



Source : Ministère de la Justice.

Services dans la communauté

Services de soutien du réseau de la santé : accès et intensité menacés

58 Les services de soutien et de suivi dans la communauté visent à maintenir la personne dans son milieu de vie (dans la communauté) et à la soutenir dans son processus de rétablissement, son insertion sociale et dans l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante. Les principaux programmes offerts sont le SIV, le SIM et le PPEP, qui sont résumés ci-après. Les autres services offerts dans la communauté par le réseau de la santé et des services sociaux sont présentés dans la section Renseignements additionnels.

Programme	Soutien d'intensité variable (SIV)	Suivi intensif dans le milieu (SIM)	Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP)
Clientèle	■ Troubles mentaux graves ou complexes	■ Troubles mentaux graves et condition instable ou fragile	■ Personnes de 12 à 35 ans qui présentent des symptômes d'un trouble psychotique n'ayant jamais été traité
Orientations du ministère pour le délai de prise en charge	■ 14 jours	■ s. o.	■ De 7 à 15 jours selon le niveau d'instabilité de la personne
Disponibilité du service	■ 5 j/semaine	■ 24 h/24, 7 j/7	■ 5 j/semaine
Fréquence des suivis	■ 2 à 7 contacts par mois	■ 3 contacts par semaine en moyenne	■ Selon les besoins
Durée prévue	■ 2 ans	■ Illimitée	■ 3 ans

59 Ces programmes font intervenir des équipes multidisciplinaires formées de spécialistes de plus d'une dizaine de disciplines tels que des travailleurs sociaux, des infirmières, de même que des psychiatres pour les équipes SIM et le PPEP. Les intervenants de ces équipes se déplacent dans le milieu de vie, donc généralement au domicile même de l'utilisateur (à l'exception du psychiatre, qui reçoit généralement en milieu hospitalier).

60 Les services offerts par les équipes de soutien sont variés, par exemple :

- accompagnement aux rendez-vous médicaux ;
- aide à la gestion de la médication ;
- aide à la gestion de la vie quotidienne, domestique et financière ;
- aide à la résolution de crises psychosociales ;
- proposition d'un plan d'intervention.

Plan d'intervention

Il s'agit d'un document officiel qui vise à identifier les besoins de l'utilisateur, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle les services devront lui être fournis. Ce plan vise à assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement.

61 Les usagers sont retirés de la liste d'attente lorsqu'un premier service leur est rendu, que ce soit en personne ou par téléphone. Cette première intervention ne signifie pas, par contre, que l'intensité des services reçus subséquentement sera suffisante pour répondre à leurs besoins.

62 Par exemple, en 2021-2022, près du quart des grands utilisateurs de l'urgence pour un trouble mental assignés à une équipe SIV ne recevaient pas en moyenne deux visites par mois, soit le minimum visé par le programme (données pour l'ensemble du Québec). Il nous a été impossible d'obtenir cette information pour le SIM et le PPEP en raison de l'indisponibilité des données.

CIUSSS de la Capitale-Nationale

63 Le CIUSSS-CN nous indique ne pas avoir rencontré d'enjeu majeur, à ce jour, à l'égard des délais d'accès pour le SIV et le SIM. Selon ses données, les délais ont été respectivement de 15 et de 46 jours en moyenne au 31 mars 2022, alors que ses cibles sont de 21 jours pour le SIV et de 30 jours pour le SIM.

64 Selon le CIUSSS, les principaux enjeux associés au SIV et au SIM sont la difficulté à trouver des psychiatres prêts à soutenir cette pratique de suivi dans la communauté, de même que le niveau de postes vacants des intervenants. Ce niveau était de 11 % au 31 mars 2022. Même si cette situation a eu peu d'impact sur les délais d'accès jusqu'à présent, il faut considérer la possibilité d'une répercussion à l'égard de l'intensité des services fournis.

65 Pour le Programme pour premiers épisodes psychotiques, le CIUSSS nous confirme une augmentation importante des références. Le nombre de demandes, qui était de 92 en 2018-2019, s'est élevé à 172 en 2021-2022. Cela pose le défi d'intégrer rapidement les usagers, considérant qu'il y avait 2 psychiatres pour 225 usagers en 2022 selon le CIUSSS (alors que le ratio ministériel est de 1 pour 80).

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

66 Selon les données fournies par le CIUSSS-EMTL, les usagers assignés à une équipe SIV en 2021-2022 ont attendu en moyenne 83 jours avant d'obtenir une première intervention. Le délai pour le SIV est largement supérieur aux orientations du ministère (14 jours). Les délais du SIM ne sont pas présentés, car ces données ne sont disponibles que pour l'une des trois équipes SIM du CIUSSS-EMTL.

67 Selon le CIUSSS, cette situation s'explique notamment par des problèmes de main-d'œuvre importants. En effet, au 31 mars 2022, sur 17 postes pour le service SIV, il y avait 6 absences (1 poste vacant et 5 autres absences). La situation est semblable pour le service SIM, alors que sur 31 postes il y avait 15 absences (6 postes vacants et 9 autres absences).

68 Dans ce contexte, la capacité des équipes à fournir le niveau de services requis s'en trouve très restreinte. En janvier 2023, le CIUSSS-EMTL faisait d'ailleurs état de la situation préoccupante de la main-d'œuvre pour les équipes, car d'autres départs étaient annoncés, rendant les conditions encore plus précaires et risquant d'engendrer une augmentation des hospitalisations ou des hébergements.

Difficultés rencontrées par les organismes communautaires

69 Nos discussions avec les représentants des établissements audités et de regroupements d'organismes communautaires et les résultats d'un questionnaire soumis à un échantillon d'organismes communautaires ont fait ressortir des enjeux. Alors que les besoins sont en croissance (nouveaux services, nouvelles clientèles), le secteur communautaire a de la difficulté à recruter et à retenir ses employés. Cette situation a pour conséquences :

- la réduction des services par certains organismes afin qu'ils soient en mesure d'améliorer les conditions salariales de leur personnel ;
- une attente pouvant atteindre six mois ou plus pour accéder aux services offerts.

70 Soulignons que sur les investissements supplémentaires de près de 1,15 milliard de dollars sur 5 ans prévus par le gouvernement dans son Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (dont la responsabilité se partage entre 10 ministères et organismes gouvernementaux), 80 millions sont spécifiquement identifiés pour le partenariat avec les organismes communautaires en santé mentale.

CONSTAT 3

L'accès aux services médicaux représente un défi pour plusieurs personnes ayant des troubles mentaux graves.

Qu'avons-nous constaté ?

71 On constate d'abord que de nombreux postes de psychiatres sont vacants dans les établissements du Québec, incluant les CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et de la Capitale-Nationale. De plus, le fait qu'un nombre croissant de psychiatres offrent leurs services en cabinet restreint la disponibilité pour les clientèles ayant des troubles mentaux graves, qui sont généralement traitées dans les installations publiques.

72 En ce qui a trait à l'accès à un médecin de famille pour assurer des suivis courants, tels que l'obtention et le suivi de la médication, il appert que les GUU en santé mentale figurent plus longtemps sur les listes d'attente du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) que l'ensemble de la population.

Pourquoi ce constat est-il important ?

73 Il est essentiel que les personnes souffrant de troubles de santé mentale aient accès rapidement à des services médicaux et, plus spécifiquement, les usagers du continuum des troubles mentaux graves. En effet, ces usagers sont atteints plus fréquemment de problèmes de santé physique que la population en général et ont une plus faible espérance de vie. La difficulté d'accéder à un psychiatre ou à un médecin de famille a pour effet de retarder la prise en charge des problèmes médicaux (autant physiques que mentaux) et d'augmenter le risque de détérioration de l'état de santé, notamment en raison de l'absence de médication ou du non-suivi de celle-ci.

Ce qui appuie notre constat

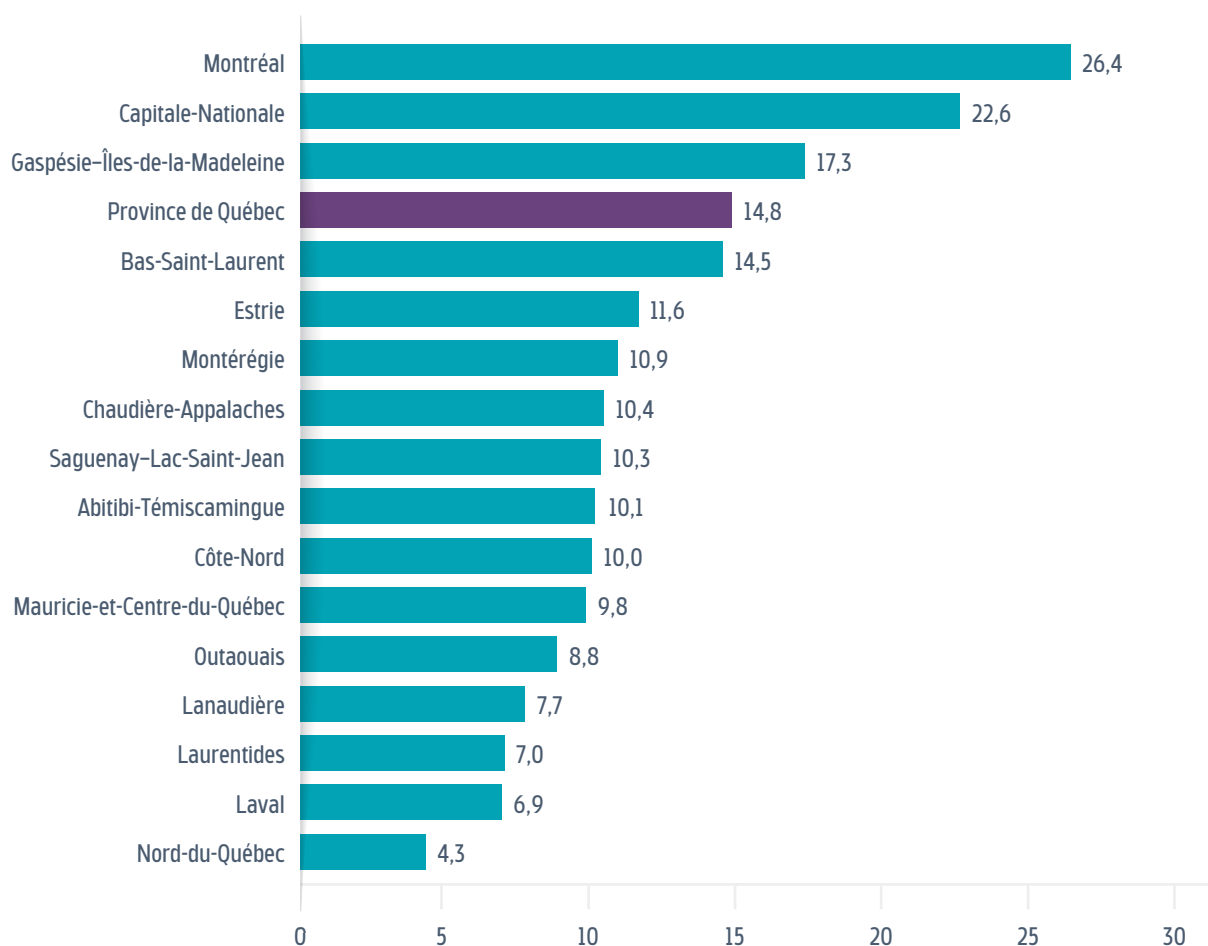
Choix de pratique des psychiatres ayant des répercussions sur leur offre de services

74 Au Québec, le ratio de psychiatres actifs, soit 14,8 par 100 000 habitants, avoisine celui du Canada. Ce ratio est toutefois très variable en fonction des différentes régions du Québec (26 pour la région de Montréal, 23 pour la Capitale-Nationale et 7 pour Laval), comme l'illustre la figure 8.

Psychiatre actif

Est considéré comme un psychiatre actif celui qui exerce sa profession occasionnellement ou à temps plein.

FIGURE 8 Ratio de psychiatres actifs au 30 septembre 2022 par 100 000 habitants¹ au Québec et par région sociosanitaire

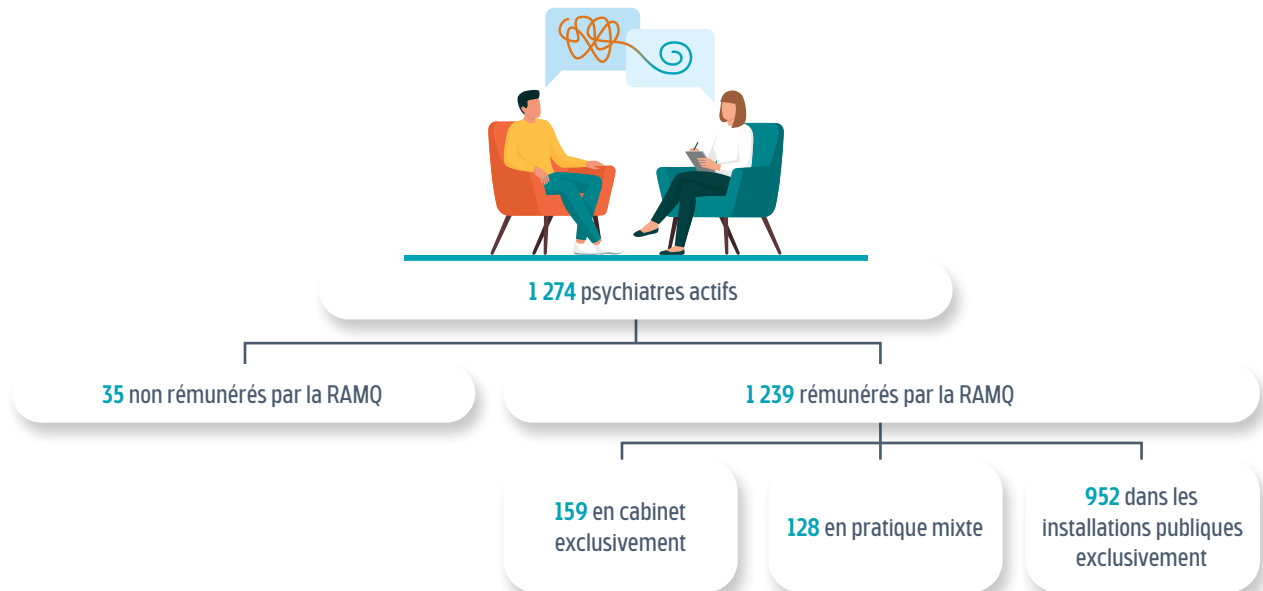


1. Donnée populationnelle en date du 1^{er} juillet 2022.

Sources : Collège des médecins du Québec, Institut de la statistique du Québec.

75 Au Québec, la majorité des psychiatres exercent leur profession dans les installations publiques (en établissement). La figure 9 présente la répartition du nombre de psychiatres par type de pratique au Québec.

FIGURE 9 Répartition du nombre de psychiatres actifs au Québec au 31 mars 2022



Sources : Collège des médecins du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

76 L'analyse des données obtenues du ministère de la Santé et des Services sociaux et des deux CIUSSS audités nous a permis de constater :

- Un nombre élevé de postes vacants : en novembre 2022, 11,8 % des postes de psychiatre prévus dans les installations publiques étaient vacants au Québec, 15,2 % au CIUSSS-EMTL et 3,5 % au CIUSSS-CN.
- Un nombre de plus en plus important de psychiatres rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec qui exercent exclusivement en cabinet : entre 2017-2018 et 2021-2022, le nombre de psychiatres exerçant uniquement en cabinet au Québec est passé de 137 à 159.

77 L'augmentation du nombre de psychiatres qui travaillent en cabinet a un impact sur l'offre de services aux usagers. En effet, ces psychiatres traitent en général des cas plus légers (ex. : dépression mineure, trouble d'anxiété) que ceux traités dans les installations publiques (ex. : patients schizophrènes ou bipolaires en crise). De plus, la pratique en cabinet s'exerce surtout le jour, de sorte que ces psychiatres sont rarement de garde la nuit, contrairement à ceux qui travaillent en installations publiques.

Difficulté d'accès à un médecin de famille

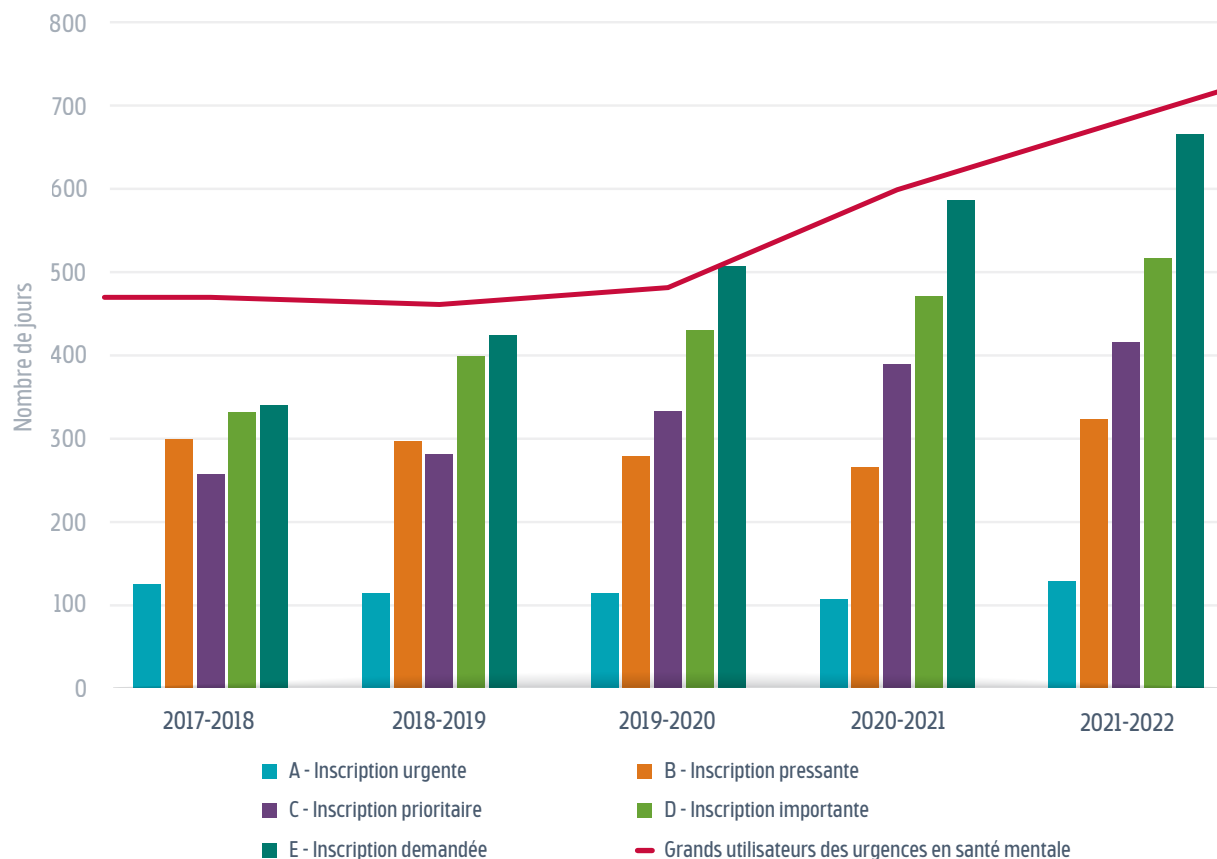
78 La difficulté d'accès à un médecin de famille est un enjeu connu et généralisé à toute la population. Cela peut avoir des répercussions importantes sur les personnes atteintes de troubles mentaux, incluant les usagers qui sont en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial puisque ces ressources d'hébergement n'offrent pas de services médicaux.

79 Au 31 mars 2021, le taux d'inscription auprès d'un médecin de famille au Québec était de 81 %, et 9 % de la population était en attente au GAMF. À pareille date, pour ce qui est des GUU en santé mentale :

- 67 % étaient inscrits auprès d'un médecin de famille.
- 12 % étaient en attente au Guichet d'accès.
- Les autres, 21 %, n'étaient ni inscrits, ni en attente.

80 Les GUU ayant un trouble mental que nous avons identifiés pour les années 2017-2018 à 2021-2022 comme étant inscrits au GAMF ont attendu plus longtemps que la moyenne de la population pour être inscrits auprès d'un médecin de famille (figure 10). Le détail des niveaux de priorité utilisés lors de l'inscription à ce guichet est présenté dans la section Renseignements additionnels.

FIGURE 10 Durée moyenne d'attente au GAMF pour les usagers ayant été inscrits auprès d'un médecin de famille



Source : Régie de l'assurance maladie du Québec.

81 Par ailleurs, au 31 octobre 2022, 13 % des GUU que nous avons identifiés entre 2017-2018 et 2021-2022 étaient toujours en attente au GAMF. Ils attendaient en moyenne depuis 709 jours, soit depuis plus longtemps que la moyenne de toute la population du Québec inscrite au Guichet :

- Les cas considérés comme urgents (priorité A) attendaient en moyenne depuis 291 jours.
- Ceux étant considérés comme les moins urgents (priorité E) attendaient en moyenne depuis 660 jours.

82 Cette situation s'explique notamment par le fait que les omnipraticiens sont confrontés à certains défis liés à la prise en charge de cas de troubles mentaux. N'ayant pas tous les outils pour traiter cette clientèle, ils doivent être soutenus par leurs partenaires du secteur de la santé mentale, notamment les psychiatres. L'accès à ces ressources est parfois difficile, ce qui ne facilite pas le traitement des patients.

83 Sans médecin de famille, l'obtention et le suivi de la médication sont plus difficiles, et le risque de retour aux urgences et en hospitalisation est plus élevé. En effet, pour des raisons de sécurité, les omnipraticiens des cliniques sans rendez-vous hésitent à prescrire une médication sans connaître l'historique médical des patients ayant un trouble mental (ex. : effets secondaires, vérification de certains bilans).

84 En réponse à ces enjeux, différentes stratégies propres à chaque région ont récemment été adoptées. Par exemple, depuis mars 2022, la clinique Pôle santé mentale a accueilli à Québec plus de 500 patients sans médecin de famille qui ont des besoins de suivi ponctuel en santé mentale. Grâce à des infirmières cliniciennes ainsi qu'à des infirmières praticiennes spécialisées, des travailleuses sociales, une psychologue et une pharmacienne, ces patients peuvent bénéficier d'une évaluation de leur état physique, mental et psychosocial, d'un renouvellement d'ordonnance, d'une psychothérapie brève ainsi que d'une orientation vers des services complémentaires.

85 Par ailleurs, le ministère mentionne qu'un projet pilote visant à améliorer la prise en charge des besoins complexes des grands utilisateurs des services de santé est en cours au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais, soit l'approche VISAGES. Il en vise l'implantation à l'échelle provinciale d'ici 2024.

VISAGES

VISAGES est une approche dont le but est de réduire, entre autres, le nombre de consultations évitables à l'urgence et d'hospitalisations des grands utilisateurs de services de santé. Elle vise une intervention avant même que la personne devienne un grand utilisateur des urgences et prévoit une prise en charge par un gestionnaire de cas en établissement et par un intervenant-pivot en groupe de médecine de famille (GMF).

Des lacunes dans l'organisation des services nuisent au continuum de soins et de services.

Qu'avons-nous constaté ?

86 En 2020-2021, 28 % des congés d'hospitalisation pour un trouble de santé mentale ont été suivis d'une nouvelle hospitalisation après 6 mois. Ce taux atteint 66 % chez les G.U.U. Afin de limiter les réhospitalisations, il est important que les usagers puissent bénéficier d'un bon continuum de soins et de services. Or, nous avons constaté des lacunes dans l'organisation des services.

87 Dans les deux CIUSSS audités, nous avons observé un manque de fluidité lors du passage à l'urgence des personnes ayant des problèmes de santé mentale, notamment lors des transferts vers les instituts en santé mentale.

88 De plus, nous avons remarqué un manque de communication entre les services hospitaliers et les équipes externes, ainsi que des difficultés dans l'interprétation des exigences légales du consentement aux soins ou du partage d'informations.

Pourquoi ce constat est-il important ?

89 Une meilleure coordination des soins améliore l'accès à ceux-ci. Concrètement, des lacunes en matière de coordination peuvent avoir des effets négatifs comme :

- une aggravation des troubles mentaux ou des problèmes de santé physique (comorbidité);
- une détérioration des conditions de vie (logement, emploi, études, famille, etc.);
- des hospitalisations répétées ou des passages répétés aux urgences;
- une surmédication;
- une utilisation inefficace des ressources disponibles.

Ce qui appuie notre constat

90 En 2020-2021, 13 % des congés d'hospitalisation pour un trouble de santé mentale ont été suivis d'une nouvelle hospitalisation dans les 30 jours suivant le congé (figure 11). Ce taux atteint 28 % dans les 6 mois suivant le congé de l'hôpital. Pour les GUU que nous avons identifiés lors de nos travaux, ces taux sont respectivement de 34 % et de 66 %.

FIGURE 11 Taux de réhospitalisation pour un trouble de santé mentale en 2020-2021 au Québec

		Nombre total	Nombre (proportion)			
			30 jours	60 jours	90 jours	180 jours
Congés d'hospitalisation en santé mentale	Tous les usagers	45 867	5 819 (13 %)	2 341 (5 %)	1 653 (3 %)	3 107 (7 %)
	GUU	9 660	3 269 (34 %)	1 171 (12 %)	769 (8 %)	1 190 (12 %)

Réhospitalisation dans un délai de 6 mois :

- 28 % du total des congés de l'hôpital
- 66 % des congés de l'hôpital pour les GUU

Source : MSSS.

91 Une réhospitalisation survient lorsque l'utilisateur vit de nouveau une période difficile et qu'il consulte un médecin, le plus souvent aux urgences. La présence d'un bon continuum de soins et de services peut contribuer à éviter des situations de ce type en permettant notamment de reconnaître les signes précurseurs d'une rechute, tels que l'arrêt de la médication.

92 D'ailleurs, le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 prévoit des actions qui visent à améliorer la continuité des soins et des services. En voici des exemples :

- déployer des équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté ;
- déployer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale dans certaines urgences ;
- favoriser l'accompagnement par les familles, l'entourage et les différents partenaires par de meilleures pratiques en matière de confidentialité et de partage des renseignements dans l'ensemble des établissements.

Équipe de relais en santé mentale dans la communauté : équipe mobile Résolution

L'équipe Résolution du CIUSSS-EMTL offre des services dans la communauté et aux urgences de l'établissement, et cela, 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, de psychoéducateurs, d'éducateurs spécialisés et de spécialistes en activité clinique, l'équipe peut intervenir auprès d'un usager qui obtient son congé de l'hôpital, mais qui nécessite un accompagnement immédiat. Elle est aussi considérée comme une alternative à l'urgence pour des personnes qui vivent une situation de crise.

Problèmes de fluidité dans les urgences

Urgences de l'IUSMM et de l'HMR

93 L'urgence psychiatrique de l'IUSMM a modifié ses heures de fermeture à deux reprises en 2019, les fixant à 22 h en avril 2019 et à 20 h en décembre 2019. Les usagers sont invités à se présenter à l'urgence générale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) lorsque celle de l'IUSMM est fermée.

94 De 2018-2019 à 2019-2020, on observe une augmentation de 31 % du volume d'épisodes de soins en santé mentale à l'urgence générale de l'HMR.

95 En 2021-2022, 1 863 épisodes de soins en santé mentale ont eu lieu à l'urgence de l'HMR entre 20 h 30 et 7 h 30, dont près du tiers concernait des GUU. Les épisodes de soins se sont achevés comme suit pour les usagers :

- 54 % sont retournés à leur domicile au départ de l'urgence après avoir vu un médecin.
- 9 % ont quitté l'urgence avant la prise en charge par un médecin.
- 28 % ont fait l'objet d'une demande de transfert vers l'urgence de l'IUSMM.
- 9 % entrent dans une autre catégorie (hospitalisation, réorientation, décès).

96 Les usagers ayant fait l'objet d'une demande de transfert vers l'urgence de l'IUSMM sont gardés à l'HMR sous la responsabilité des urgentologues ou de l'équipe de liaison, en attendant d'être transférés le lendemain. Nous constatons que les transferts vers l'IUSMM s'effectuent de plus en plus tard. Alors que la majorité des transferts ont été réalisés entre 8 h et 12 h en 2019-2020, la majorité des transferts l'ont été entre 10 h et 15 h en 2021-2022. De plus, 15 % des transferts ont eu lieu en fin d'après-midi ou même plus tard.

97 Pour les usagers, bien que cela ne représente pas nécessairement une rupture du continuum de soins, ce contexte génère de l'attente supplémentaire et un déplacement qui pourraient être évités.

98 Mentionnons que, depuis le 23 janvier 2023, l'IUSMM a reporté l'heure de fermeture de l'urgence à 22 h dans le cadre d'un projet pilote.

Fermeture de l'urgence de l'IUSMM la nuit et en soirée

Cette décision visait la cohérence avec les autres urgences psychiatriques du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (Pavillon Albert-Prévost) et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, car la garde des psychiatres sur 24 heures était un enjeu.

Équipe de liaison

Il s'agit d'une équipe présente de jour à l'urgence de l'HMR. Elle est composée d'un psychiatre, d'une infirmière de liaison et d'un travailleur social ou d'une travailleuse sociale de l'équipe Résolution.

Urgences de la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale

99 En 2021-2022, 16 668 épisodes de soins en santé mentale ont eu lieu dans les urgences de la région de la Capitale-Nationale. Les épisodes de soins se sont achevés comme suit pour les usagers :

- 65 % sont retournés à leur domicile au départ de l'urgence après avoir vu un médecin ;
- 5 % ont quitté l'urgence avant la prise en charge par un médecin ;
- 18 % ont fait l'objet d'une demande de transfert vers une autre installation, dont 13 % pour hospitalisation à l'IUSMQ ;
- 12 % entrent dans une autre catégorie (hospitalisation, réorientation, référence vers une autre ressource, décès).

100 Par ailleurs, la durée moyenne de séjour sur civière pour un problème de santé mentale s'est allongée significativement dans les urgences de la région de la Capitale-Nationale, passant de 15,7 heures en 2017-2018 à 23,3 heures en 2021-2022.

101 Pour les usagers transférés à l'IUSMQ pour hospitalisation, cette durée moyenne de séjour est beaucoup plus élevée ; elle a atteint 45 heures en 2021-2022. La majeure partie de ce délai (33 heures) correspond au délai entre la décision de demander un transfert et le moment où celui-ci est effectué.

Durée de séjour sur civière

La durée du séjour sur civière se calcule à partir du début de l'épisode de soins à l'urgence (triage ou inscription) jusqu'à l'heure du départ de l'utilisateur.

Manque de coordination et de communication entre les services hospitaliers et les équipes externes

102 Un manque de communication entre les services hospitaliers et les équipes externes pouvant compromettre la continuité des soins a été fréquemment évoqué lors de nos travaux :

- Selon des représentants des CIUSSS audités, la communication entre les intervenants des urgences et ceux des équipes externes est un défi.
- Il est fréquent que les intervenants des équipes externes des deux CIUSSS audités ne soient pas informés de l'endroit vers lequel leurs patients sont orientés lors de leur départ de l'urgence. Plusieurs causes sont possibles, par exemple :
 - la discontinuité d'un quart de travail à l'autre (ex. : changement d'infirmières) ;
 - la méconnaissance du fonctionnement des cliniques externes et des programmes de soutien dans la communauté (SIV et SIM) ;
 - la difficulté à obtenir les coordonnées des intervenants-pivots et des psychiatres ;
 - le manque de collaboration du patient.
- Les intervenants des équipes externes ne sont pas systématiquement informés lorsque leurs patients sont hospitalisés ni lorsque ces derniers obtiennent leur congé d'une unité d'hospitalisation.

La connaissance des exigences légales

103 La connaissance des exigences légales est préalable à une prise en charge efficace des usagers. À défaut d'avoir une bonne compréhension des lois et règlements encadrant le consentement aux soins ainsi que le consentement du patient à transmettre des données le concernant, le personnel soignant peut prendre de mauvaises décisions. Dans d'autres cas, il retardera son intervention afin de consulter ses pairs.

104 Nos consultations confirment que les intervenants n'interprètent pas de la même façon les exigences de consentement aux soins ou de consentement au partage d'informations avec les proches.

105 Malgré l'existence d'outils pour aider les intervenants à prendre les décisions appropriées, nous observons qu'un besoin de soutien et de formation auprès de ceux-ci est encore nécessaire, notamment en raison du roulement de personnel ou du manque d'expérience.

RECOMMANDATIONS

106 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Celles-ci sont présentées ci-dessous.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux

- 1 En collaboration avec les établissements, établir des critères d'identification des grands utilisateurs des urgences en santé mentale, voir à leur utilisation uniforme dans tout le réseau et s'assurer qu'un système permet à chaque établissement d'identifier ces usagers, dans toutes ses urgences où ils ont reçu des services.
- 2 S'assurer que les intervenants en santé mentale agissant auprès d'un usager aient accès à son dossier clinique complet, peu importe l'établissement où celui-ci a reçu des services, notamment pour toutes les informations relatives à son suivi en santé mentale.
- 3 En collaboration avec les établissements :
 - dresser un portrait complet des besoins en matière d'hébergement ;
 - élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale permettant d'assurer une offre de services d'hébergement suffisante et adaptée aux besoins des clientèles ayant des troubles mentaux graves.
- 4 En collaboration avec les établissements :
 - dresser un portrait complet des besoins de services de soutien dans la communauté en santé mentale ;
 - élaborer et mettre en œuvre une stratégie provinciale permettant d'assurer une offre de services de soutien dans la communauté suffisante et adaptée aux besoins des clientèles ayant des troubles mentaux graves.
- 5 En collaboration avec les établissements, mettre en place des mesures visant à réduire le nombre de lits d'hospitalisation en santé mentale occupés par des usagers en niveau de soins alternatif.
- 6 En collaboration avec les établissements, mettre en place des mesures permettant d'assurer une offre de services médicaux suffisante par les psychiatres en installations publiques et les médecins de famille.

Recommandation au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

- 7** Mettre en place les mesures visant à améliorer :
- la fluidité dans les urgences ;
 - la coordination et la communication entre les services hospitaliers et les équipes externes ;
 - la connaissance, par les équipes concernées, des exigences légales en matière de consentement aux soins ou de consentement au partage d'informations avec les proches.

COMMENTAIRES DES ENTITÉS AUDITÉES

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits ci-après. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes nos recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accueille favorablement le rapport du Vérificateur général et prend acte des recommandations qui lui sont adressées. Les constats énoncés ainsi que les recommandations formulées s'inscrivent en continuité avec les démarches en cours au MSSS. Elles sont également cohérentes avec les objectifs poursuivis par le MSSS. Le MSSS s'engage donc à prendre les mesures nécessaires pour répondre et mettre en œuvre les recommandations formulées à son attention, en vertu des responsabilités qui lui incombent. »

Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

« Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale accueille favorablement les recommandations émises par le Vérificateur général du Québec qui traduisent bien la pertinence des projets en cours dans notre établissement. Conséquemment au dépôt de ce rapport, nous voudrions porter à l'attention du lecteur quelques éléments significatifs. Premièrement, nous sommes conscients que les critères ainsi que le processus d'identification des usagers considérés comme étant de grands utilisateurs des urgences (GUU) doivent être établis, harmonisés et mis en œuvre. L'optimisation et la bonification de ce processus, notamment via l'utilisation de plateformes informatiques communes ou permettant l'interopérabilité, nous apparaissent essentielles. Contrairement à d'autres régions, pour Montréal et Québec, nous devons considérer que cette situation se vit entre des établissements non fusionnés qui doivent se coordonner, s'arrimer et se concerter au quotidien. Ensuite, nous tenons à souligner que le rapport ne fait pas état de certains groupes d'usagers, soit ceux présentant des troubles de la personnalité ou des problèmes de dépendance(s). Ces personnes représentent un nombre significatif d'usagers que nous pouvons qualifier de GUU, en tenant compte des critères établis dans ce rapport. Qui plus est, nous croyons nécessaire de mettre en lumière que plusieurs facteurs peuvent engendrer la chronicité des besoins de soins et services des usagers ayant des troubles mentaux graves, en plus des facteurs identifiés dans le rapport. Par ailleurs, un certain nombre d'usagers présentant des troubles mentaux graves sont ou doivent être orientés dans le continuum de la psychiatrie légale. Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif (PAISM) énonce à l'action 5.6 les travaux lancés le 19 avril dernier : "Afin d'améliorer la fluidité, l'efficacité et la sécurité des services en psychiatrie légale relevant du Code criminel, le MSSS, avec le soutien de l'INPLPP [Institut de psychiatrie légale Philippe-Pinell] (et des Instituts universitaires), mettra en œuvre un projet national de hiérarchisation des services en psychiatrie légale relevant du Code criminel."

« Un autre élément à souligner est la disponibilité des places et des milieux de vie ou d'hébergement (avec ou sans réadaptation), c'est-à-dire que ces places et milieux de vie soient diversifiés, en nombre suffisant, disponibles au bon moment, adaptés et accessibles. Ces éléments sont des facteurs de succès très importants pour assurer le rétablissement et le suivi adéquat des usagers présentant des troubles mentaux graves. Cette disponibilité n'est pas au niveau attendu à l'heure actuelle et des actions doivent se poursuivre pour disposer d'une offre de service bien adaptée à cet égard. Enfin, le CIUSSS de la Capitale-Nationale est soucieux de permettre un accès adapté et opportun aux usagers connus et non connus, présentant des troubles de santé mentale. Nos équipes travaillent à soutenir les usagers qui présentent des profils atypiques de santé mentale, de dépendances ou de situation d'itinérance, c'est pourquoi, au cours des dernières années, nous avons mis sur pied différents services. En voici quelques exemples pour illustrer nos actions régionales :

- Trois équipes de traitement intensif bref à domicile (TIBD). Les psychiatres et les intervenants de ces équipes effectuent de l'évaluation et du traitement à domicile (donc dans le milieu de vie de l'utilisateur). Cette approche prend la forme d'une hospitalisation à domicile, selon une intensité de soins et services comparable à celle offerte au sein des unités de courte durée psychiatrique. Elle est offerte aux usagers présentant un risque suicidaire léger à modéré, qui sont volontaires et en mesure (ainsi que leurs proches) de collaborer avec l'équipe, dans un contexte de gestion de risques sécuritaire. Il s'agit d'une approche novatrice de dispensation des soins et services.
- Une équipe de liaison intersectorielle en santé mentale (ÉLISM) qui travaille de concert avec l'ensemble des partenaires internes et externes (ex. : organismes communautaires, policiers) et qui est située à proximité des équipes des urgences psychiatriques. L'objectif de l'équipe est, entre autres, de prévenir l'hospitalisation en offrant des soins et services brefs, de répondre rapidement aux besoins des partenaires face aux situations de crise ou de complexité et d'évaluer les usagers afin de mieux les orienter vers les soins et services de la Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance (DSMDI) ou du Réseau local.
- Deux équipes, soit l'équipe de liaison itinérance et l'équipe Bas seuil qui travaillent et agissent comme partenaires de proximité auprès des organismes communautaires œuvrant auprès des clientèles plus marginales, défavorisées ou vulnérables. Elles ont pour but de prévenir l'hospitalisation, d'assurer un filet de sécurité et de dispenser des soins et services via leurs équipes ou les autres équipes de la DSMDI.
- Finalement, une équipe de réinsertion, qui est interdisciplinaire et qui intervient le plus souvent suite à une hospitalisation de l'utilisateur au TIBD ou dans les lits de courte durée, dans le but d'évaluer et soutenir la personne lors de son retour à domicile. L'équipe préconise une approche de réinsertion et de réadaptation de moins de trois mois et assure une orientation et une liaison, lorsque requis, vers une équipe appropriée de la DSMDI suite à cet épisode de soins et services. »

Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

« L'équipe de direction du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal adhère à la recommandation du Vérificateur général du Québec. De plus, en complément au présent audit de performance, nous souhaitons souligner certaines mesures de fluidité déployées au sein du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves depuis 2018. En effet, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a débuté en 2018 une grande transformation de ses services ayant pour but ultime d'améliorer l'accès aux services tout en ayant comme objectif de faire de l'hospitalisation un parcours d'exception et de développer ses services de proximité. Une unité d'hospitalisation brève a donc été mise en place avec une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale et un psychiatre. Nous avons débuté nos travaux pour implanter le suivi systématique de clientèle à l'urgence et aux unités de soins. Nous avons notamment mis en place une vigie pour les grands utilisateurs de l'urgence et un suivi des grands utilisateurs connus des équipes externes. En amont de l'urgence, nous avons également déployé une équipe mobile de crise qui couvre les trois urgences de notre territoire, bonifié notre centre de crise, créé un service d'hospitalisation à domicile pour la clientèle âgée en plus des nombreuses autres équipes mobiles pour la santé mentale et les problématiques de dépendance et d'itinérance. En outre, nous avons transformé nos services de première ligne et harmonisé nos guichets d'accès en santé mentale adulte, ce qui nous a permis de passer d'un délai de plus de 300 jours pour une première évaluation à 18 jours (cible à 30 jours) en plus de diminuer notre liste d'attente de plus de 2 000 patients à près de 400 patients. Nous avons aussi mis en place un système de vigie de notre liste d'attente avec des interventions selon le seuil de personnes en attente. Pour le consentement aux usagers et le partage d'information aux proches, nous sommes à déployer notre protocole et nos formations sur La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) et nous devons donner cette formation à une certaine fréquence vu l'arrivée de nouveaux employés en permanence au CIUSSS. Nous rencontrerons également cette exigence avec notre plan sur la primauté de la personne que nous sommes à réviser à ce jour.

« Nous souhaitons aussi mentionner que de nombreuses actions sont en cours pour diminuer notre nombre de patients en statut niveau de soins alternatif (NSA) comme par exemple la mise en place d'un comité tactique hebdomadaire pour les niveaux de soins alternatifs et le suivi du plan d'action et des cibles d'amélioration ; l'amélioration du délai pour les jumelages des usagers en attente d'hébergement ; l'amélioration importante des plans d'intervention interdisciplinaires pour les usagers hébergés avec un suivi de cible et la présence proactive du programme de soutien d'intervention clinique (PSIC) qui est une équipe mobile auprès de 106 usagers hébergés à risque de devenir NSA pour les maintenir dans leur milieu de vie. Nous avons également été retenus pour un projet de l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) afin de développer un modèle d'équipe de relais dans la communauté qui est notre équipe de résolution de crise qui sera déployée dans l'ensemble des établissements du Québec avec un cadre de référence. Finalement, la révision de l'ensemble des trajectoires cliniques en santé mentale est en cours et nous avons mis en place un comité tactique et stratégique afin de suivre et mener à terme ces travaux. Vous pouvez donc être assurés que nous sommes engagés et déterminés à mettre en place les mesures nécessaires afin d'assurer la fluidité dans nos services de santé mentale et de rencontrer les objectifs de la recommandation proposée dans le rapport du Vérificateur général du Québec. »

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectifs de l'audit et portée des travaux

Installations des établissements audités

Rôles et responsabilités des entités auditées

Critères de classification internationale d'un GUU

Systeme d'alertes informatisées
pour le repérage des clientèles

Caractéristiques des types d'hébergement relevant
du réseau de la santé et des services sociaux pour
les usagers ayant des troubles mentaux graves

Autres services offerts dans la communauté par le réseau
de la santé et des services sociaux

Niveaux de priorité du Guichet d'accès
à un médecin de famille

Objectifs de l'audit et portée des travaux

Objectifs de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de mai 2023 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2022-2023*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder nos conclusions et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectifs de l'audit	Critères d'évaluation
1. Évaluer si le ministère de la Santé et des Services sociaux soutient efficacement les établissements et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux afin que ceux-ci assurent la coordination et la continuité des soins et des services en santé mentale.	■ La coordination et la continuité des soins et des services en santé mentale sont encadrées, financées et surveillées adéquatement par le ministère sur l'ensemble du territoire.
2. S'assurer que les établissements audités offrent un continuum de soins et de services en santé mentale efficace aux usagers.	■ Des mécanismes visant à assurer la coordination et la continuité des soins et des services en santé mentale sont prévus et mis en œuvre par les établissements audités. ■ La coordination et la continuité des soins et des services en santé mentale sont suivies et mesurées par les établissements audités et des correctifs sont apportés lorsque nécessaire.

Les travaux d'audit de performance dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCCM) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCCM 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1. Ainsi, il maintient un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 10 mai 2023.

Notre audit a porté sur la coordination et la continuité des soins et services en santé mentale offerts aux adultes ayant des troubles mentaux graves et des besoins chroniques en santé mentale.

Nos travaux excluent la qualité clinique des soins et services. Ils ne tiennent pas compte de la coordination interministérielle ou d'intervention en santé mentale relevant de ministères ou organismes ne faisant pas partie du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour mener à terme nos travaux, nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de professionnels des trois entités auditées et nous avons eu des échanges avec plusieurs parties prenantes en santé mentale incluant les organismes communautaires et les associations et ordres des professionnels en santé mentale (Association des médecins psychiatres du Québec, Association des psychologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques, Regroupement des services d'intervention de crise du Québec et Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec).

De plus, nous avons analysé divers documents ainsi que des données provenant de différents systèmes d'information des entités concernant :

- les épisodes de soins des urgences et de l'hospitalisation des GUU en utilisant la Banque de données communes des urgences (BDCU) et le système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MedEcho) ;
- les interventions SIV et celles des équipes de première ligne selon le Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS - mission CLSC (I-CLSC) ;
- le calcul de certains indicateurs du ministère par le Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (Gestred) ;
- les usagers en niveau de soins alternatif (NSA) selon le Relevé quotidien de la situation à l'urgence et au centre hospitalier (RQSUCH) ;
- la capacité d'hospitalisation des établissements audités selon les rapports statistiques annuels des centres hospitaliers et des centres d'hébergement et de soins de longue durée et selon les rapports d'activités des CLSC (AS-478).

Nous avons envisagé de suivre le parcours d'un échantillon d'usagers en vue de recueillir des informations sur les délais de traitement de leur dossier. Nous n'avons pas été en mesure de compléter cet exercice en raison de la difficulté à reconstituer l'historique médical des usagers à partir des multiples systèmes utilisés par les établissements et des dossiers papier.

Nos travaux se sont déroulés principalement de novembre 2021 à février 2023.

Nos travaux portent sur les années 2017-2018 à 2021-2022. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des années antérieures ou postérieures à cette période.

Les résultats de notre audit ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, mais ils donnent des indications sur les bonnes pratiques et les éléments que les acteurs doivent prendre en compte.

Installations des établissements audités (au 31 mars 2022)

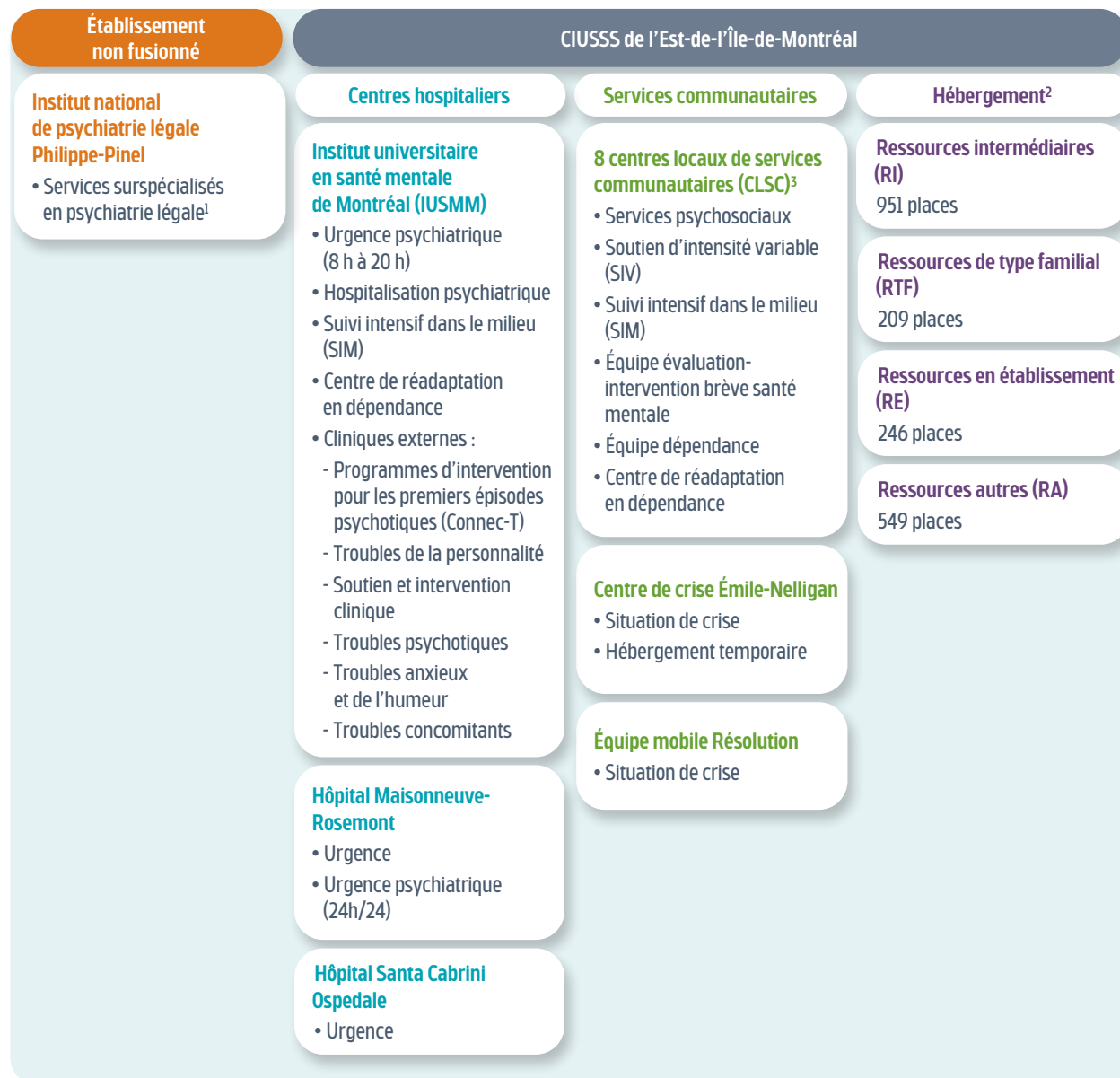
Afin d'en faciliter la compréhension, ces figures ne contiennent pas la liste exhaustive de tous les services en santé mentale offerts par ces établissements.

FIGURE 12 Installations offrant des services en santé mentale sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale



1. Les services sont donnés par le CIUSSS de la Capitale-Nationale.
2. Chaque CLSC n'offre pas l'ensemble de ces services.

FIGURE 13 Installations offrant des services en santé mentale sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'île



1. Les services surspécialisés en psychiatrie légale ne sont pas traités dans ce rapport.
2. Les ressources d'hébergement en santé mentale de la région de Montréal sont régionales et gérées par deux établissements, dont le CIUSSS-EMTL. Les places présentées sont celles gérées par le CIUSSS-EMTL, mais destinées aux patients des huit établissements de l'île.
3. Chaque CLSC n'offre pas l'ensemble de ces services.

Source : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Rôles et responsabilités des entités auditées

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Les principales responsabilités du ministère sont les suivantes :

- établir et communiquer les orientations et les objectifs poursuivis concernant l'accessibilité, la continuité, la qualité, l'efficacité, l'efficience et la sécurité des soins et des services ;
 - déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application, et cela, en tenant compte du secteur communautaire lorsque requis ou applicable ;
 - répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles au regard, notamment, des organismes communautaires partenaires du réseau, et voir au contrôle de leur utilisation, et cela, en tenant compte du secteur communautaire lorsque requis ou applicable.
-

Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

Les principales responsabilités des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux sont les suivantes :

- offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes ;
 - planifier et coordonner les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales ;
 - établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services, dont les organismes communautaires, pour répondre aux besoins de la population ;
 - s'assurer d'une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition ;
 - s'assurer de contrôler les sommes allouées aux organismes communautaires et aux ressources privées en vertu de diverses ententes de service ou du Programme de soutien aux organismes communautaires ;
 - s'assurer, de façon continue, que la population de son territoire a accès à une large gamme de services de santé généraux, spécialisés et surspécialisés ;
 - définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé ;
 - prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état.
-

Critères de classification internationale d'un GUU

Le critère retenu par le VGQ pour considérer un patient comme un grand utilisateur des urgences (GUU) en santé mentale est de quatre visites à l'urgence par année au regard de la littérature scientifique. Comme le montre le tableau ci-dessous, des chercheurs ont défini de manière variable le seuil d'utilisation fréquente des services d'urgence, allant de 4 à 20 visites au cours d'une année donnée. Parmi ces études, la définition la plus courante utilisée par les chercheurs pour les GUU est de quatre visites ou plus à l'urgence sur une période d'un an.

Liste des articles scientifiques et critères utilisés pour définir un grand utilisateur des urgences

Nom de l'article scientifique	Auteurs/année de publication	Critère d'un grand utilisateur des urgences	Critère d'un très grand utilisateur des urgences
« People who make frequent emergency department visits based on persistence of frequent use in Ontario and Alberta : a retrospective cohort study »	MOE, J., et autres (2022).	Les 10 % ayant le plus fréquenté l'urgence sur une année	s. o.
« Assessing quality indicators related to mental health emergency room utilization »	FLEURY, M.-J., et autres (2019).	4 visites ou +	12 visites ou +
« Frequent users of emergency departments : developing standard definitions and defining prominent risk factors »	DOUPE, M., et autres (2011).	4 visites ou +	s. o.
« Frequent Users of Emergency Department Services : Gaps in Knowledge and a Proposed Research Agenda »	PINES, J. M., et autres (2011).	4 visites ou +	10 à 20
« Defining frequent use of an urban emergency department »	LOCKER, T., et autres (2007).	4 visites ou +	
« Frequent attenders to an emergency department : a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics »	BYRNE, M., et autres (2003).	4 visites ou +	
« Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users »	MANDELBERG, J. H., et autres (2000).	5 visites ou +	
« Frequent ED users : patterns of use over time »	KNE, T., et autres (1998).	10 visites ou +	
« A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users »	BLANK, F., et autres (2005).	12 visites ou +	

Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC)

Le Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles génère des alertes au sein d'un établissement autant pour le personnel de l'urgence que pour certains intervenants de première ligne (ex. : équipes du soutien d'intensité variable) lorsqu'un de leurs patients se présente à l'urgence et qu'il répond à un ou plusieurs critères, dont les suivants :

- visiter l'urgence de l'établissement au moins cinq fois dans l'année et avoir reçu un diagnostic de trouble mental ;
- recevoir des services de première ligne en lien avec un trouble mental.

Ce partage d'informations vise à améliorer la continuité des services entre les équipes de première ligne et les urgences en vue notamment de :

- diminuer la durée de séjour aux urgences et le nombre d'admissions en hospitalisation des usagers suivis par les équipes de première ligne ;
- impliquer rapidement les intervenants de première ligne lors du congé de l'urgence de leurs patients.

Les deux CIUSSS audités n'y ont présentement pas accès. Cependant, le ministère de la Santé et des Services sociaux est en cours de planification du déploiement du système afin qu'il soit prochainement implanté partout au Québec. Comme l'a démontré un projet pilote réalisé avec six établissements, le succès de celui-ci ne pourra être assuré qu'avec l'adhésion de tous les intervenants, une bonne utilisation de ce système, de même qu'une communication adéquate entre les intervenants concernés.

Par ailleurs, comme la version actuelle du système ne permet pas d'obtenir des alertes entre les établissements, le ministère travaille présentement à établir une entente entre ceux du Grand Montréal (Île-de-Montréal, Montérégie et Laval) et entre ceux de la région sociosanitaire de la Capitale-Nationale afin de remédier en partie à ce problème.

Le Système d'alertes informatisées ne prévoit pas d'accès pour les intervenants des équipes de psychiatrie qui offrent des services spécialisés ou surspécialisés auprès de patients aux troubles plus sévères.

Caractéristiques des types d'hébergement relevant du réseau de la santé et des services sociaux pour les usagers ayant des troubles mentaux graves

Type d'hébergement	Caractéristiques
Ressource de type familial (RTF)	<p>Les ressources de type familial se composent des familles d'accueil et des résidences d'accueil.</p> <p>Il s'agit d'une ou de deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf personnes qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.</p>
Ressource intermédiaire (RI)	<p>Une ressource intermédiaire est un milieu de vie qui remplace le milieu naturel des personnes que lui confie un établissement public.</p> <p>Il s'agit d'une ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes. La RI est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant les services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.</p>
Ressources autres (RA)	<p>Une ressource autre est une ressource ne répondant pas à la définition légale d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial ayant un contrat avec un établissement gestionnaire en vertu de l'article 108 de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> pour répondre, au nom de l'établissement, aux besoins particuliers de certains usagers (services de réadaptation et d'intégration sociale).</p>
Ressources en réadaptation (RAC et RE)	<p>Ressources à assistance continue (RAC)</p> <p>Il s'agit de résidences pour hébergement temporaire, offrant des services de réadaptation intensifs et continus, notamment aux personnes ayant un trouble grave du comportement ou des problématiques complexes de santé mentale. Ces résidences sont des milieux spécialisés d'adaptation et de réadaptation intensifs. Elles accueillent prioritairement des usagers présentant une problématique comportementale importante qui compromet leur développement et leur intégration sociale.</p> <p>Ressources en établissement (RE)</p> <p>Ce sont des ressources administrées et financées par un établissement qui reçoivent des usagers pour leur procurer des services de réadaptation et accroître leur autonomie en vue d'une intégration sociale. Il peut s'agir, par exemple, d'un foyer de groupe. Contrairement aux autres ressources, le personnel de ces ressources est constitué d'employés de l'établissement et y fournit des services intensifs de réadaptation, d'assistance et de surveillance 24 h/24, 7 j/7.</p>
Unité de traitement et de réadaptation intensive (UTRI)	<p>Les unités de traitement et de réadaptation intensive offrent une programmation clinique surspécialisée et adaptée à la personne vivant avec une psychopathologie complexe et résistante au traitement usuel. Elles permettent d'identifier les facteurs de risque qui entravent le retour dans la communauté de l'utilisateur et de traiter la problématique de santé mentale. Les équipes interdisciplinaires développent des stratégies individualisées pour favoriser le maintien et le retour de l'utilisateur dans le milieu de vie ou une réorientation vers une ressource mieux adaptée à ses besoins.</p>
Unité de vie de santé mentale de longue durée	<p>Ce type d'hébergement vise les patients qui ont des troubles de santé mentale sévères et persistants avec ou sans comorbidité. Ces personnes peuvent éprouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des troubles de comportement encadrés par un plan d'intervention ; ■ l'échec ou le refus des autres types de ressource d'hébergement ou des programmes de réadaptation intensive ; ■ la fin de soins psychiatriques actifs de courte ou moyenne durée ; ■ le besoin d'un milieu de vie institutionnel qui dépasse l'offre de services des ressources résidentielles. <p>Ne sont pas admissibles à ce type d'hébergement les patients ayant reçu un diagnostic primaire sociopathique ou de démence, ou vivant avec une déficience intellectuelle.</p>

Autres services offerts dans la communauté par le réseau de la santé et des services sociaux

Centre de crise ¹	Intervention auprès de personnes, ou de leurs proches, vivant une situation de crise situationnelle ou reliée à un problème de santé mentale
Centre de dégrisement	Accueil et soutien de courte durée pour des adultes en état d'intoxication
Soutien de base non intensif (SBNI)	Services ponctuels offerts dans le milieu de vie à des adultes souffrant d'un trouble mental grave dont le processus de rétablissement est avancé
Hospitalisation à domicile (TIBD)	Suivi intensif au domicile de courte durée pour les adultes en crise souffrant de troubles psychotiques, permettant une alternative à l'hospitalisation
Cliniques externes	Services spécialisés offerts à l'hôpital aux usagers non hospitalisés référés par un médecin
Équipes mobiles	Équipes multidisciplinaires qui interviennent directement dans la communauté auprès d'une clientèle en difficulté ou à risque qui n'utilise pas les services courants. Par exemple, l'équipe mobile Résolution du CIUSSS-EMTL offre des services d'écoute et d'accompagnement pour soutenir, guider et prévenir une crise grâce à l'écoute des intervenants. Ces services sont offerts 24 heures par jour, 7 jours sur 7.
Médecine ou hôpital de jour	Le service de médecine de jour est disponible à aux personnes qui, bien que démontrant un niveau de fonctionnalité leur permettant de retourner à domicile, nécessitent un suivi par le milieu spécialisé du centre hospitalier pour certaines investigations ou certains traitements particuliers.
Soutien à domicile	Le Soutien à domicile s'adresse à toute personne ayant une incapacité temporaire ou persistante, dont la nature peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile ou dans certains autres milieux de vie une partie ou la totalité des services que son état requiert. Il s'adresse également aux proches de ces personnes. Le soutien à domicile vise une réponse aux besoins des clientèles de différents programmes-services, que ce soit en santé physique ou en santé mentale.

1. Il peut s'agir d'une installation de l'établissement ou bien d'un organisme sans but lucratif.

FIGURE 14 Niveaux de priorité du Guichet d'accès à un médecin de famille

