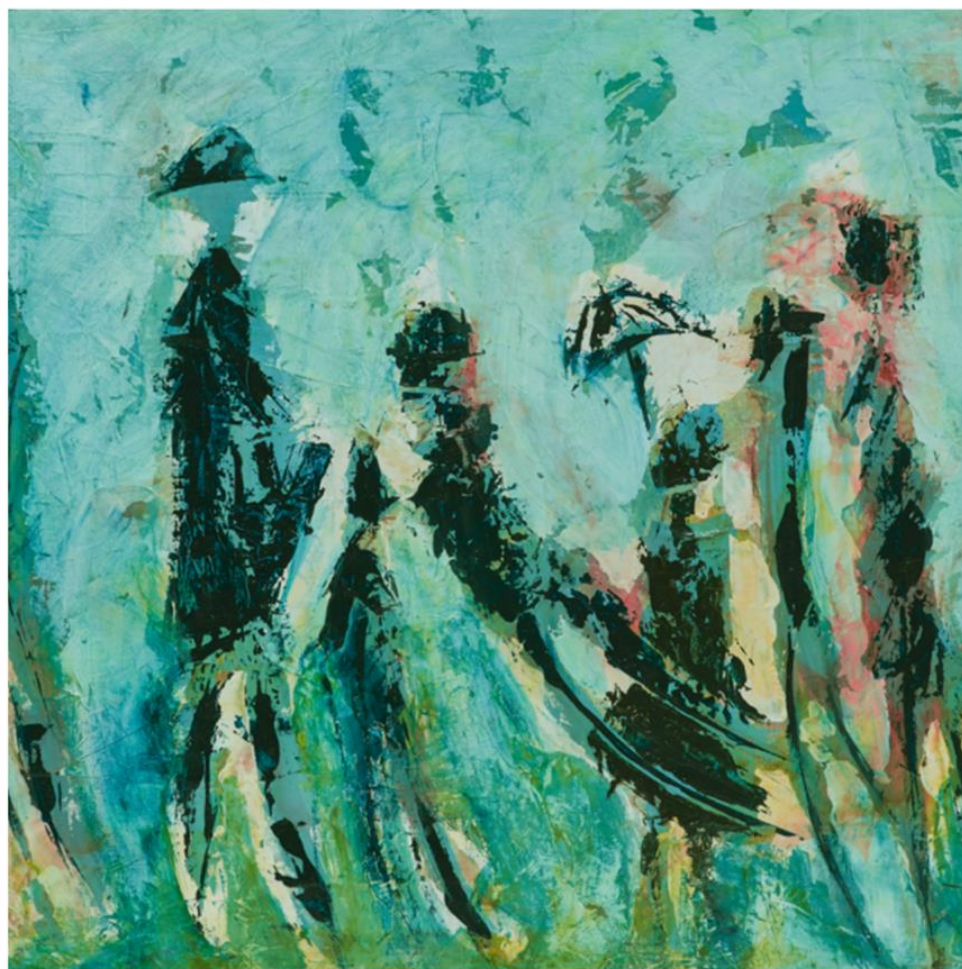


# PLAN D'ORGANISATION CLINIQUE

DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCE ET ITINÉRANCE

VERSION  
NOVEMBRE 2024



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

**Québec**



Page couverture :

BOURQUE, Mireille

*Les Manchots*, 2019

Techniques mixtes sur toile

Collection Vincent et moi

CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Rédaction

**Marie-Josée Collard**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Julie Couture**, directrice adjointe des services d'urgence, alternatifs à l'hospitalisation et ambulatoires, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Gwenaëlle Dauphas**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Frédérique Mercure**, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

## Collaborateurs à la rédaction et au contenu

**Gestionnaires** de la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Comité de direction** de la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Nadia Villeneuve-Étienne**, conseillère cadre en dépendance, Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance

**Nadine Blanchette-Martin**, chercheure, Service de recherche en dépendance CIUSSSCN/CISS de Chaudière-Appalaches

## Révision linguistique et mise en page

**Gisèle Yougou**, technicienne en administration

**Jade Gendron**, technicienne en administration

# Table des matières

<b>MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE 1   PRÉSENTATION DE LA DSMDI .....</b>	<b>10</b>
MISSION .....	11
VISION ET VALEURS .....	12
ASSISES CLINIQUES .....	12
OBJECTIFS PRIORITAIRES .....	13
GAMME DE SERVICES .....	14
IMPLICATION DES PROCHES.....	14
PRÉSENTATION DES SERVICES DE LA DSMDI .....	15
<b>PARTIE 2   PROGRAMME DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE.....</b>	<b>17</b>
CLIENTÈLE.....	17
TROUBLES CONCOMITANTS DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE.....	18
ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE .....	18
ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE .....	21
<b>1. CONTINUUM DES TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS ET DE LA PERSONNALITÉ.....</b>	<b>23</b>
1.1 SERVICES SPÉCIFIQUES EN SANTÉ MENTALE (TRAITEMENTS DE 1 <sup>RE</sup> LIGNE) .....	24
1.2 CLINIQUE SPÉCIALISÉE DES TROUBLES COMPLEXES DE L'ANXIÉTÉ ET DE L'HUMEUR .....	26
1.3 CENTRE DE TRAITEMENT LE FAUBOURG ST-JEAN .....	26
<b>2. CONTINUUM DE SERVICES ET DE SOINS AIGUS.....</b>	<b>27</b>
2.1 ACCOMPAGNEMENT BREF DANS LA COMMUNAUTÉ (ABC).....	28
2.2 TRAITEMENT INTENSIF BREF À DOMICILE (TIBD) .....	29
2.3 HÔPITAUX DE JOUR (TA-TH-TP) .....	30
2.3.1 Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur (TA-TH).....	30
2.3.2 Programme de Gestion de la crise (GDC) dédié aux personnes vivant avec un trouble de la personnalité .....	30
2.4 UNITÉS D'URGENCE PSYCHIATRIQUE .....	31
2.5 ÉQUIPE DE COORDINATION DES ADMISSIONS ET DES MOUVEMENTS DE CLIENTÈLE .....	31
2.6 SERVICES DE CONSULTATION-LIAISON EN SANTÉ MENTALE, SANTÉ PHYSIQUE ET DÉPENDANCE .....	32
2.7 UNITÉS D'HOSPITALISATION .....	33
2.7.1 Unité de traitement bref (L5300) .....	33
2.7.2 Unités de psychiatrie générale (IUSMQ K3100, K4100 et L6300, CHUL 4e Sud-Ouest et 3e Sud-Est) .....	33
2.7.3 Unité de soins intensifs (J4000B).....	34
2.7.4 Unité de médecine et de soins palliatifs (L2300).....	34
2.7.5 Unité des troubles sévères de la personnalité (J4000A).....	35
2.7.6 Unité pour jeunes adultes (J3000).....	36
2.7.7 Unités de gériopsychiatrie (K2100 et L2200) .....	36
2.7.8 Unité (J2000) pour la clientèle en suivi intensif dans le milieu (SIM) .....	37
2.7.9 Unité (G2200) pour la clientèle atteinte d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA).....	38
2.8 ÉQUIPE DE RÉINSERTION SOCIALE EN SANTÉ MENTALE .....	38

<b>3.</b>	<b>CONTINUUM DES TROUBLES MENTAUX GRAVES .....</b>	<b>38</b>
3.1	SOUTIEN ET RÉADAPTATION DANS LE MILIEU .....	39
3.1.1	<i>Soutien d'intensité variable (SIV) et Soutien de base non intensif (SBNI) .....</i>	<i>39</i>
3.1.2	<i>Équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM) .....</i>	<i>40</i>
3.2	PROGRAMME POUR PREMIERS ÉPISODES PSYCHOTIQUES (PPEP) DE LA CLINIQUE NOTRE-DAME DES VICTOIRES (CNDV) .....	41
3.3	CENTRE DE SERVICES AMBULATOIRES EN SM (CENTRE DE TRAITEMENT LE 388 ST-VALLIER) .....	42
3.4	TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES EN PSYCHOTHÉRAPIE POUR TROUBLES MENTAUX GRAVES (TCP-TMG) .....	42
3.5	PROGRAMME INTÉGRÉ DE SOUTIEN À L'EMPLOI (PISE) .....	43
3.6	SOUTIEN ET RÉADAPTATION EN HÉBERGEMENT .....	43
3.6.1	<i>Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) .....</i>	<i>43</i>
3.6.2	<i>Résidence à assistance continue (RAC) en santé mentale .....</i>	<i>44</i>
3.6.3	<i>Unités de réadaptation de longue durée H3100 et L3300 .....</i>	<i>44</i>
3.6.4	<i>Unité de réadaptation active pour personnes âgées H6100 et K5100 .....</i>	<i>45</i>
3.6.5	<i>Équipe fluidité .....</i>	<i>46</i>
<b>4.</b>	<b>CONTINUUM DE PSYCHIATRIE LÉGALE .....</b>	<b>46</b>
4.1	CLINIQUE CARCÉRALE EN PSYCHIATRIE LÉGALE .....	46
4.2	UNITÉS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE LÉGALE M2500 ET L4300 .....	47
4.2.1	<i>Unité M2500 .....</i>	<i>47</i>
4.2.2	<i>Unité L4300 .....</i>	<i>48</i>
4.3	RÉSIDENTE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) EN PSYCHIATRIE LÉGALE .....	48
4.4	PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT JUSTICE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (PAJ-SM) ET INTERVENTION MULTISECTORIELLE PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT À LA COUR MUNICIPALE (IMPAC) .....	49
<b>5.</b>	<b>CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE .....</b>	<b>50</b>
5.1	CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE .....	50
5.2	CLINIQUE EXTERNE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE .....	51
5.3	CLINIQUE EXTERNE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) .....	51
<b>6.</b>	<b>CLINIQUES SPÉCIALISÉES POUR CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>52</b>
6.1	CLINIQUE DES TROUBLES SEXUELS (CTS) .....	52
6.2	CLINIQUE DE PSYCHIATRIE PÉRINATALE .....	53
6.3	CLINIQUE POUR LE TRAITEMENT DU STRESS OPÉRATIONNEL (TSO) .....	53
6.4	PROGRAMME D'INTERVENTION DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (PITCA) .....	54
<b>7.</b>	<b>SERVICES TRANSVERSAUX EN SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>55</b>
7.1	CLINIQUE PÔLE SANTÉ MENTALE .....	55
7.2	CLINIQUE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION COGNITIVE .....	55
7.3	PROGRAMME DE SANTÉ GLOBALE ET DE LOISIRS .....	56
7.4	SERVICE DE PRÉLÈVEMENTS ET D'INJECTION (SPI) .....	56
7.5	VINCENT ET MOI .....	57
<b>8.</b>	<b>PARTICULARITÉS RÉGIONALES .....</b>	<b>57</b>
8.1	TERRITOIRE DE PORTNEUF .....	57
8.2	TERRITOIRE DE CHARLEVOIX .....	59
<b>PARTIE 3   PROGRAMME DES SERVICES EN DÉPENDANCES .....</b>		<b>62</b>
<b>ORGANISATION DES SERVICES EN DÉPENDANCES .....</b>		<b>64</b>
<b>1.</b>	<b>DÉTECTION ET ORIENTATION VERS LES SERVICES APPROPRIÉS .....</b>	<b>64</b>

<b>2. INTERVENTION PRÉCOCE .....</b>	<b>64</b>
2.1 PROGRAMME MES CHOIX .....	64
<b>3. ACCÈS ET ÉVALUATIONS SPÉCIALISÉES .....</b>	<b>65</b>
3.1 ACCÈS .....	65
3.1.1 Services d'accès .....	65
3.1.2 Infirmières de consultation-liaison et professionnels de liaison en dépendance .....	65
3.2 ÉVALUATIONS SPÉCIALISÉES.....	65
3.3 PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE RÉDUCTION DU RISQUE DE CONDUITE AVEC LES CAPACITÉS AFFAIBLIES (PERRCCA)....	65
<b>4. GESTION DE L'INTOXICATION ET DU SEVRAGE .....</b>	<b>66</b>
4.1 GESTION DE L'INTOXICATION - DÉGRISEMENT.....	67
4.2 LES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE.....	67
4.2.1 Services externes de la gestion du sevrage (sevrage léger) .....	67
4.2.2 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (sevrage léger) .....	67
4.2.3 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré) .	67
4.2.4 Sevrage sévère .....	67
<b>5. RÉADAPTATION EXTERNE ET AVEC HÉBERGEMENT .....</b>	<b>68</b>
5.1 PROGRAMME EXTERNE ADULTE .....	68
5.2 PROGRAMMES SEMI-INTENSIF ET INTENSIF DE RÉADAPTATION ADULTE (PIRA) .....	69
5.3 PROGRAMME DE RÉADAPTATION POUR JEUNES 12-17 ANS.....	70
5.4 CLIENTÈLE 18-24 ANS.....	70
5.5 PROGRAMME TOXICO-JUSTICE.....	71
5.6 SERVICES À BAS SEUIL D'ACCESSIBILITÉ .....	71
5.7 PROGRAMME JEUNES PARENTS .....	72
5.8 LITS MULTIFONCTIONNELS – ENTENTES DE PARTENARIAT .....	72
<b>6. TRAITEMENT PAR AGONISTE OPIOÏDE (TAO) .....</b>	<b>72</b>
<b>7. SERVICES DE RÉINSERTION SOCIALE EN DÉPENDANCE.....</b>	<b>73</b>
<b>8. L'INTERVENTION DE CRISE AUPRÈS DES JOUEURS EN DIFFICULTÉ DANS LES CASINOS ET LES SALONS DE JEUX.....</b>	<b>73</b>
<b>9. SOUTIEN À L'ENTOURAGE.....</b>	<b>73</b>
9.1 MEMBRE DE L'ENTOURAGE DE LA CLIENTÈLE ADULTE .....	74
9.2 MEMBRE DE L'ENTOURAGE DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE.....	74
<b>10. SOUTIEN PROFESSIONNEL.....</b>	<b>74</b>
10.1 PROFESSIONNELS RÉPONDANTS SPÉCIALISÉS EN DÉPENDANCE (PRSD) .....	74
10.2 CLINIQUE MÉDICALE RÉGIONALE EN DÉPENDANCE .....	75
10.3 ÉQUIPE SPÉCIALISÉE EN TROUBLES CONCOMITANTS.....	75
10.4 PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION EN DÉPENDANCE (PNFD) .....	76
10.5 RECHERCHE.....	76
<b>11. STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DES SURDOSES.....</b>	<b>76</b>
11.1 L'INTERZONE - SERVICES DE CONSOMMATION SUPERVISÉE (SCS) .....	77
<b>12. PARTICULARITÉS RÉGIONALES.....</b>	<b>78</b>

12.1 TERRITOIRE DE PORTNEUF .....	78
12.2 TERRITOIRE DE CHARLEVOIX .....	78
<b>PARTIE 4   PARTENARIAT ET ITINÉRANCE .....</b>	<b>80</b>
<b>1. ORGANISATION DES SERVICES EN ITINÉRANCE .....</b>	<b>80</b>
1.1 ÉQUIPE DE LIAISON EN ITINÉRANCE.....	80
1.2 ÉQUIPE DE STABILITÉ RÉSIDENTIELLE .....	81
1.3 CENTRE MULTISERVICE.....	82
<b>2. PARTENARIAT INTERSECTORIEL ET COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>82</b>
2.1 SOUTIEN FINANCIER AUX ACTIVITÉS DU MILIEU COMMUNAUTAIRE LIÉES À LA DIRECTION.....	82
2.2 ACTIVITÉS DE CONCERTATION INTERSECTORIELLES.....	83
<b>ANNEXE 1 - ORGANIGRAMME DE LA DSMDI .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 2 – LISTE DES INSTALLATIONS DE LA DSMDI .....</b>	<b>85</b>

## Liste des figures

Figure 1 - Prévalence des troubles mentaux chez la population de 18 ans du territoire de la Capitale-Nationale (2021-2022) .....	17
Figure 2 - Schématisation des continuums de services en santé mentale de la DSMDI .....	22
Figure 3 - Schématisation des soins par étapes .....	23
Figure 4 - Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale.....	28
Figure 5 - Schématisation des services en dépendance de la DSMDI en cohérence avec les orientations ministérielles.....	63

# Liste des acronymes

ABC	Accompagnement bref dans la communauté	DSM	Direction des services multidisciplinaires
AIH	Accueil intégré harmonisé	DSMDI	Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance
AMM	Aide médicale à mourir	DSPu	Direction de santé publique
ASAM	American Society of Addiction Medicine	ÉDQ	Établissement de détention de Québec
AVQ-AVD	Activité de la vie quotidienne – Activité de la vie domestique	ESIF	Équipe de soutien interdisciplinaire du Faubourg Saint-Jean
BSO	Blessures liées au stress opérationnel	GDC	Gestion de crise
CCQ	Centre de crise de Québec	GMF (U)	Groupe de médecine familiale (universitaire)
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux	HEJ	Hôpital de l'Enfant-Jésus
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	IMPAC	Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval	IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
CIUSSSCN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
CLSC	Centre local de services communautaires	ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
CMRD	Clinique médicale régionale en dépendance	IUD	Institut universitaire en dépendance
CNDV	Clinique Notre-Dame des victoires	IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
CPSQ	Centre de prévention de suicide de Québec	IUSMQ	Institut Universitaire en santé mentale de Québec
CRDQ	Centre de réadaptation en dépendance de Québec	JHA	Jeux de hasard et d'argent
CRDS	Centre de répartition des demandes de services spécialisés	MASM	Mécanisme d'accès en santé mentale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	ME	Membre de l'entourage
CTS	Clinique des troubles sexuels	MEL	Module Évaluation-liaison
DA	Direction adjointe	MRC	Municipalité régionale de comté
DDITSADP	Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique	OMHQ	Office municipal d'habitation de Québec
DI	Déficience intellectuelle	PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice santé mentale de Québec
DQÉPÉ	Direction de l'évaluation, de la qualité et de l'éthique	PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
DSAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	PERRCCA	Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies



# Liste des acronymes

PIRA	Programme intensif de réadaptation adulte	SPA	Substances psychoactives
PISE	Programme intégré de soutien à l'emploi	SPI	Service de prélèvements et injections
PITCA	Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires	SPVQ	Service de police de la Ville de Québec
PNFD	Programme national de formation en dépendance	TA	Trouble anxieux
PPEP	Programme pour premier épisode psychotique	TAO	Traitement par agonistes opioïdes
PQJ	Programme qualification des jeunes	TAQ	Tribunal administratif du Québec
PRSD	Professionnel répondant spécialisé en dépendance	TC	Troubles concomitants
PSL	Programme de soutien au loyer	TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires	TCP-TMG	Traitements complémentaires en psychothérapie pour troubles mentaux graves
RAC	Résidence à assistance continue	TGC	Troubles graves du comportement
RAAM	Rapid access addictions medicine	TH	Trouble de l'humeur
RHD	Ressource d'hébergement en dépendance	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
RI	Ressources intermédiaires	TP	Trouble de la personnalité
RPA	Résidence privée pour aînés	TSA	Trouble du spectre de l'autisme
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux	TSM	Trouble de santé mentale
RTF	Ressources de type familial	TSO	Clinique pour le traitement du stress opérationnel
SACS	Service d'aide en situation de crise	TUO	Trouble lié à l'usage d'opioïdes
SBNI	Soutien de base non intensif	TUS	Trouble d'utilisation de substance
SCPD	Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence	UDII	Personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation
SCS	Services de consommation supervisée	UIBP	<b>Unité d'intervention brève en psychiatrie</b>
SIF	Soutien d'intensité flexible	UPI	Utilisation problématique d'internet
SIM	Soutien intensif dans le milieu	USI-P	Unité de soins intensifs psychiatriques
SIV	Soutien d'intensité variable		

## Mise en contexte

Le 1er avril 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS) entrait en vigueur et marquait ainsi la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN).

Le CIUSSSCN a pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux de proximité à l'ensemble de la population des territoires de la grande région de Québec, de Portneuf à Charlevoix, soit à une population de plus de 771 611<sup>1</sup> individus. Par ses actions, ses soins et ses services, il contribue à l'amélioration de la santé globale de la population de son territoire. Le CIUSSSCN dispense ses services à 17 %<sup>2</sup> des jeunes âgés de 0 à 17 ans, et à 23 %<sup>3</sup> de personnes âgées de 65 ans et plus.

Les meilleures pratiques, l'innovation, la participation des personnes utilisatrices de services et de leurs proches sont les pierres angulaires des soins et des services offerts. Lors de la création du CIUSSSCN, inspirée des méthodes Lean, chaque direction des programmes-services a défini sa structure en prenant appui sur des chaînes de valeurs. Celles-ci visent les trajectoires les plus adéquates pour les personnes et leurs proches en réduisant les délais d'attente et en améliorant la fluidité.

Conscient de l'ampleur des responsabilités qui lui incombent, le CIUSSSCN met un point d'honneur à collaborer étroitement avec ses partenaires locaux afin de répondre aux besoins nombreux et spécifiques de sa population. Les partenaires communautaires, les partenaires institutionnels (Ville de Québec, SPVQ, OMHQ, etc.), les fondations (dont CERVO pour la DSMDI), les établissements d'enseignement et l'Université Laval sont des collaborateurs de choix. Partager les savoirs et les faire rayonner sont les clés de voute de l'amélioration constante de la qualité des soins et des services de santé offerts à la population.

## Partie 1 | Présentation de la DSMDI

La Direction des programmes Santé mentale et Dépendance voit le jour en 2015. Elle est le fruit de la fusion de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), du Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ) et des équipes cliniques en santé mentale des quatre centres de santé et services sociaux (CSSS) de la région : CSSS de la Vieille-Capitale, CSSS de Québec-Nord, CSSS de Charlevoix et CSSS de Portneuf. Afin de reconnaître l'implication et les responsabilités de la DSMD en ce qui concerne l'itinérance, en 2022 la DSMD devient la DSMDI, soit la Direction des programmes Santé mentale, Dépendance et Itinérance.

---

<sup>1</sup> CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

<sup>2</sup> CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

<sup>3</sup> CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Cette direction regroupe approximativement 2000 employés. Les équipes interdisciplinaires dispensent des soins et des services sur les territoires de la grande région de Québec, de Portneuf et de Charlevoix.

Le plan d'organisation de la DSMDI est composé de six directions adjointes, de trois adjoints à la directrice, de conseillers cadres et d'une coordination des admissions et des mouvements de clientèle, en plus d'une cinquantaine de cadres intermédiaires (voir organigramme sur la Zone CIUSSS ou à l'annexe 1). La direction assure la gestion des ressources humaines, des ressources matérielles et financières sous sa responsabilité.

De plus, la DSMDI dispose d'une équipe de la Gestion des effectifs dont la mission est de réaliser une gestion flexible et personnalisée des ressources humaines, de fournir l'information et les conseils appropriés aux employés ainsi qu'aux gestionnaires, en plus de contribuer à l'attraction/rétention de la main-d'œuvre. Elle veille à ce que chaque service dispose de suffisamment de personnel pour offrir des soins et des services de qualité. Cette équipe est également responsable du processus d'accueil des nouveaux employés en provenance de l'extérieur ou de l'interne du CIUSSSCN, ainsi que de l'accès à certaines formations prioritaires.

## Mission

La direction planifie, organise et offre des soins et des services cliniques qui permettent aux personnes présentant des problèmes de santé mentale, de dépendance ou d'instabilité résidentielle de se rétablir et de jouer un rôle citoyen plein et entier. Elle offre des soins et des services de proximité, tels que des services de prévention, d'évaluation, d'hospitalisation, de réadaptation, des suivis médicaux et psychosociaux ainsi que des traitements pharmacologiques et thérapeutiques, axés sur la primauté de la personne.

La DSMDI compte trois volets d'intervention, soit la santé mentale, les dépendances et l'itinérance. Elle propose des continuums de soins et de services qui permettent de répondre aux besoins des clientèles ciblées par sa mission. Plusieurs de ses responsabilités sont partagées avec les deux paliers de gouvernement, avec la Ville de Québec et avec les partenaires du réseau communautaire.

Les équipes interdisciplinaires assurent une complémentarité des services pour répondre le plus adéquatement possible aux besoins spécifiques de chaque personne utilisatrice de services. L'expérience et le parcours de vie des personnes et de leur entourage sont reconnus et valorisés. Comme la personne utilisatrice de services est l'experte de sa vie, la collaboration avec son équipe traitante est mise de l'avant.

De plus, la direction collabore étroitement avec le milieu universitaire en soutenant la recherche et les activités d'enseignement. La DSMDI se veut un milieu d'apprentissage stimulant ouvert aux étudiants qui peuvent compléter des stages dans plusieurs champs professionnels au sein des différents services. En partenariat avec les Centres de recherches du CIUSSSCN, les intervenants sont encouragés à participer à des projets de recherche, ainsi qu'à des activités telles que des conférences et des webinaires.

## Vision et valeurs

La DSMDI adhère pleinement à la vision et aux valeurs du CIUSSSCN qui transparaissent dans son offre de soins et de services dispensés à sa clientèle.

Tout comme le CIUSSSCN, la DSMDI vise à :

- Être un leader reconnu pour l'excellence et l'accessibilité de ses soins et de ses services ;
- Obtenir et garder la confiance de la population et de ses partenaires ;
- Être une organisation universitaire inspirante pour le personnel, les médecins et les chercheurs.

De façon plus spécifique, la direction s'est dotée d'une vision commune qui guide ses orientations, ses actions et ses décisions :

« Des pratiques innovantes et pertinentes qui répondent aux besoins des usagers et qui s'inscrivent dans une offre de service intégrée et orientée vers le rétablissement, soutenues par une direction bienveillante et soucieuse à l'égard de ses employés. »

Ainsi, de façon cohérente, elle adhère aux cinq valeurs organisationnelles portées par le CIUSSSCN à savoir la bienveillance, le respect, la collaboration, la responsabilisation et l'audace.

## Assises cliniques

L'organisation des soins et des services de la DSMDI s'appuie sur les orientations ministérielles pour le développement de continuums de services adaptés aux besoins de la clientèle et pour en faciliter l'accès. Ces orientations ministérielles sont décrites dans les principaux documents publiés sur le site web du ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>4</sup> (MSSS) :

### Plans d'action

- Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif
- Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services
- Plan d'action interministérielle en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'internet
- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance

### Cadres de références

- Cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale
- Cadre de référence – Soutien d'intensité variable (SIV)
- Cadre de référence – Suivi intensif dans le milieu (SIM)
- Cadre de référence – Programmes pour premiers épisodes psychotiques PPEP

<sup>4</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>

- Cadre de référence pour le programme de Suivi d'intensité flexible (SIF)
- Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux

#### Guides de pratiques et autres documents ministériels

- Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller
- Guide d'implantation des soins en étape en trouble de la personnalité, CIUSSSCN
- Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des surdoses de substances psychoactives
- Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir
- Guides sur le PQPTM
- Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental
- Mise en place et maintien de pratiques axées sur le rétablissement – Guide d'accompagnement
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux – Guide d'accompagnement

De plus, les pratiques cliniques s'articulent autour d'approches reconnues qui guident non seulement les interventions et les interactions avec la clientèle, mais favorisent le partage de paradigmes d'intervention à l'intérieur des équipes :

- L'approche orientée vers le rétablissement;
- L'approche axée sur les forces;
- L'approche systémique;
- L'approche de réduction des méfaits;
- L'approche de partenariat.

### Objectifs prioritaires

Soucieuse de répondre aux besoins de la population de la Capitale-Nationale, la DSMDI se fixe plusieurs priorités dans le déploiement de son offre de services :

- Adapter les soins et services en fonction des besoins de la population et en respect des meilleures pratiques;
- Renforcer les connaissances, la coordination et la cohérence entre les différents soins et services offerts en santé mentale, dépendances et itinérance, afin d'optimiser les trajectoires pour les personnes utilisatrices;
- Assurer la qualité et la sécurité des soins et services en favorisant l'accompagnement et le développement de la pratique professionnelle;
- Garantir la sécurité ainsi que le bien-être physique et psychologique des équipes cliniques.

## Gamme de services

La DSMDI offre une gamme de soins et services diversifiée à la population atteinte d'une problématique de santé mentale, de dépendance et d'instabilité résidentielle. Bien que la très grande majorité de cette offre de service soit destinée à une clientèle adulte, les services en dépendance peuvent être accessibles dès l'âge de 12 ans<sup>5</sup>. De plus, même les jeunes dont les parents présentent une problématique d'usage peuvent bénéficier de services de soutien à l'entourage adaptés à leurs besoins.

Ainsi, les soins et services de la DSMDI sont regroupés dans les champs d'intervention suivants :

- Dépistage et intervention précoce (santé mentale et dépendance);
- Évaluation diagnostique (santé mentale et dépendance);
- Services de consultation et de liaison (santé mentale, dépendance et itinérance);
- Services de crise;
- Services alternatifs à l'hospitalisation;
- Urgence psychiatrique;
- Hospitalisation psychiatrique;
- Services spécifiques et spécialisés de traitement et de réadaptation (santé mentale et dépendance);
- Soutien au logement et à l'instabilité résidentielle (santé mentale, dépendance et itinérance);
- Hébergement temporaire et de longue durée (santé mentale et dépendance);
- Soutien à l'intégration sociale (santé mentale et dépendance);
- Services socioprofessionnels (santé mentale et dépendance);
- Services de psychiatrie légale;
- Services de consommation supervisée (dépendance);
- Services de gestion du sevrage (dépendance);
- Soutien à l'entourage (santé mentale et dépendance).

## Implication des proches

L'implication des proches est incontournable dans le soutien, l'accompagnement et le rétablissement des personnes souffrant d'un problème de santé mentale, de dépendance ou en situation d'instabilité résidentielle. En respect des droits de la personne et de sa volonté d'impliquer ou non ses proches dans son parcours de soins et de services, l'intégration des proches est une priorité. Elle permet de les soutenir, les informer et les orienter vers les services psychosociaux généraux ou vers des ressources communautaires en soutien aux proches en fonction de leurs besoins.

Dans le cadre d'un mandat national, le CIUSSSCN a développé le *Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller* <sup>6</sup> de concert avec ses partenaires. Ce guide, destiné aux intervenants et aux gestionnaires qui œuvrent auprès de la clientèle adulte en santé mentale, vise à favoriser l'implication et la reconnaissance des proches comme de réels partenaires de soins dans le processus de rétablissement de la clientèle visée.

---

<sup>5</sup> Voir le point 5.3 dans la section Dépendance

<sup>6</sup> MSSS, 2024. Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale : considérer, intégrer, outiller. ISBN : 978-2-550-95183-4 (version PDF)

Il répond à plusieurs préoccupations cliniques, éthiques et légales, en plus d'outiller les différents acteurs à faire face aux défis vécus sur le terrain à l'égard de l'implication des proches.

## Présentation des services de la DSMDI

Ce plan d'organisation clinique a pour objectif de présenter l'étendue des services offerts par la DSMDI. Il s'adresse aux employés ainsi qu'aux partenaires internes et externes de la direction, en détaillant les trois principaux volets de services :

- Le programme des services en Santé mentale
- Le programme des services en Dépendance
- Les services en Itinérance et les partenariats intersectoriels



GENEST ROUILLIER, Benoit. *Les Jambes sur Mars*, 2020. Acrylique sur toile  
Collection Vincent et moi, CIUSSS de la Capitale-Nationale



## Partie 2 | Programme des services en Santé mentale

### Clientèle

Près de 20 % de la population du Québec, soit une personne sur cinq sera affectée par un trouble mental au cours de sa vie. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, moins de la moitié des personnes qui sont affectées par un trouble mental consulte un professionnel<sup>7</sup>.

La DSMDI dispense des services dans 32 installations (annexe 2). Néanmoins, la moitié du personnel exerce ses fonctions au sein de l'IUSMQ. La clientèle desservie est répartie sur trois territoires à savoir Québec (89 %), Portneuf (7 %) et Charlevoix (4 %).<sup>8</sup> La direction offre des services à des personnes de 18 ans et plus qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à sévère pouvant être associés à des problèmes de dépendance et d'instabilité résidentielle.

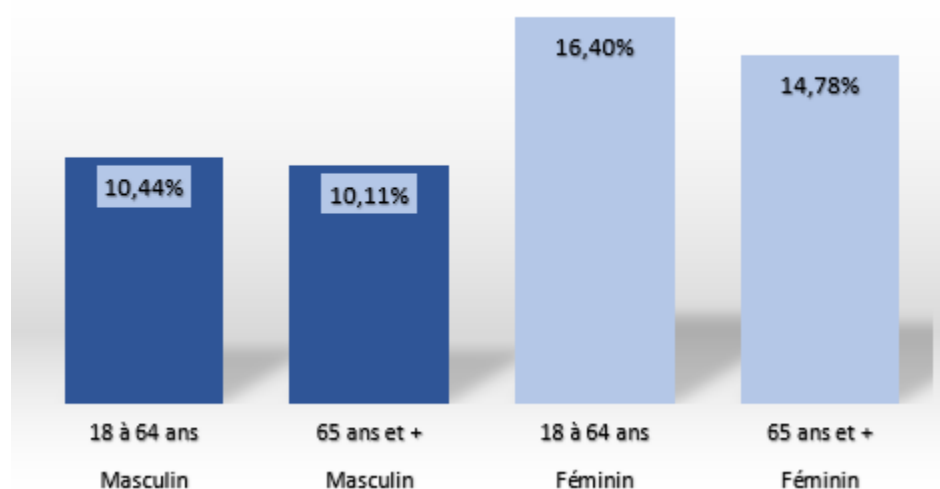


Figure 1 – Prévalence des troubles mentaux chez la population de 18 ans du territoire de la Capitale-Nationale (2021-2022)

Les équipes interdisciplinaires interviennent pour l'ensemble des troubles et certaines situations se rattachant à la santé mentale :

- Troubles psychotiques;
- Troubles anxieux (TA);
- Troubles de l'humeur (TH);
- Troubles de la personnalité (TP);
- Psychiatrie périnatale;
- Troubles de santé mentale liés au vieillissement;
- Psychiatrie légale;
- Troubles sexuels;

<sup>7</sup>Source : <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>

<sup>8</sup> CIUSSSCN, 2024. Rapport annuel de gestion 2023-2024 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

- Troubles des conduites alimentaires;
- Troubles d'utilisation de substances (en concomitance);
- Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) avec psychopathologie.

## Troubles concomitants de santé mentale et de dépendance

Depuis quelques années, le traitement et le suivi des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance tendent à évoluer. Traditionnellement, les services en santé mentale et les services en dépendance se développaient et se dispensaient en parallèle. Toutefois, force est de constater qu'ils partagent une partie de la même clientèle. Chaque discipline possède son expertise, mais dans la pratique, il est constaté que la clientèle qui présente des troubles concomitants se heurte à des obstacles importants pour accéder aux services dont elle a besoin.

Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, plus de 50 % des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un trouble de santé mentale (TSM). De plus, entre 15 et 20 % des personnes s'adressant à des services de santé mentale vivent aussi avec une toxicomanie. Au Québec, il y aurait entre 150 000 et 200 000 adultes présentant des TSM jugés graves. Les deux tiers de ce nombre, soit entre 100 000 et 133 000 Québécois adultes, seraient également aux prises avec un problème d'usage de substances psychoactives<sup>9</sup>.

Face aux difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles concomitants, la DSMDI propose un processus clinique standardisé et harmonisé qui vise une offre de services intégrés en troubles concomitants. Pour plus d'informations, le *Cadre de référence sur les interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet)* est disponible sur la Zone CIUSSS et sur le site web de l'Institut universitaire sur les dépendances.

## Accès aux services en santé mentale

En décembre 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a diffusé ses orientations à l'égard des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM). Au moment d'écrire ces lignes, bien que les travaux visant la mise en œuvre de ces orientations ministérielles soient en cours, il est encore trop tôt pour en faire une présentation détaillée. Néanmoins, d'ici à ce que le MASM puisse être complètement déployé, les services en santé mentale sont accessibles par les mécanismes suivants :

### Accès intégré et harmonisé (AIH) du CIUSSSCN

Sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires (DSM), l'AIH est la principale porte d'entrée aux services du CIUSSSCN. Les objectifs poursuivis par l'AIH sont :

- Simplifier le parcours de l'utilisateur et éviter qu'il ne répète son histoire;
- Offrir une réponse en temps opportun en diminuant les délais d'attente;

---

<sup>9</sup> Source : Cadre de référence Interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet), DSMDI CIUSSSCN, juin 2022.

- Offrir des services adaptés qui répondent à son ou ses besoins prioritaires ;
- Viser une approche de santé globale ;
- Développer un processus fluide et continu (des portes d'entrée jusqu'aux programmes-services) qui évite les retours en arrière<sup>10</sup>.

Pour formuler une demande de service à l'AIH, la clientèle ou les référents peuvent contacter le 811 ou l'équipe accès.

#### Infirmières répondantes en psychiatrie (services spécifiques et spécialisés)

Cette équipe est responsable d'évaluer et d'orienter les demandes en psychiatrie reçues au Centre de répartition de demande de services spécialisés (CRDS). De façon spécifique, les infirmières répondantes en psychiatrie :

- Proposent une structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation ;
- Évaluent les besoins relatifs aux demandes pour une première consultation en psychiatrie en provenance des médecins de famille ;
- Contribuent à identifier les trajectoires de service permettant d'assurer la réponse aux besoins prioritaires de la personne, de concert avec les partenaires de la DSMDI lorsque requis.

#### Équipe de coordination des demandes (services spécifiques)

L'ensemble des demandes destinées aux services spécifiques de santé mentale adulte (mission CLSC) sont acheminées à l'équipe de coordination des demandes, soit par l'AIH du CIUSSSCN, par une urgence hospitalière ou par un référent de la DSMDI.

Cette équipe est responsable :

- De cibler les soins et les services qui sont les moins intrusifs et les plus efficaces pour répondre aux besoins des personnes référées ;
- D'orienter les personnes référées vers les services qui répondent aux besoins prioritaires nommés par ces dernières ;
- D'offrir un soutien clinique aux référents, lorsque plus pertinent qu'une prise en charge par la DSMDI.

L'équipe de coordination des demandes assurera l'orientation de la personne vers le niveau de service le plus approprié en fonction de l'ampleur, la récurrence et la multiplicité des facteurs suivants, combinés entre eux et non uniquement en fonction du diagnostic :

- Manifestations symptomatiques ;
- Niveau de fonctionnement ;
- Facteurs environnementaux ou problèmes psychosociaux ;
- Historiquement de traitement ;
- Réponse à l'intervention reçue.

---

<sup>10</sup> <https://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/acces-integre-harmonise>

### Mécanisme d'accès aux services spécialisés

Cette équipe est responsable de la réception des demandes pour les services spécialisés en santé mentale. Après avoir évalué le motif de la demande et la nature des besoins, l'équipe procède à l'orientation vers les services appropriés, soit une équipe clinique des services spécialisés ou vers le psychiatre d'une clinique externe.

### Cellule d'accès pour les troubles mentaux graves (services spécialisés)

L'équipe de la cellule d'accès pour les troubles mentaux graves reçoit et analyse les demandes de services en provenance de l'AIH du CIUSSSCN, des urgences hospitalières ou de référents de la DSMDI pour des services de soutien d'intensité variable (SIV), de soutien de base non intensif (SBNI) ou de suivi intensif dans le milieu (SIM).

Cette équipe est responsable :

- De cibler les soins et les services axés sur le rétablissement selon les besoins, les valeurs et la préférence de la personne;
- D'orienter les personnes référées vers les services afin qu'elles puissent reprendre le contrôle de leur vie en actualisant le pouvoir d'agir avec une vision positive de leur rétablissement;
- Faire du démarchage (outreach), s'il y a lieu, afin d'aller vers la personne pour offrir un service;
- Assurer la coordination de services autour de la personne afin d'établir un contact avec les proches ou le réseau.

L'équipe assure l'orientation de la personne vers le niveau de service le plus approprié en fonction de l'ampleur, la récurrence et la multiplicité des facteurs suivants, combinés entre eux et non uniquement en fonction du diagnostic :

- Manifestations symptomatiques comme la non-reconnaissance de la maladie, des symptômes et de ses capacités;
- Niveau de fonctionnement de la personne (soins personnels, alimentation, gestion du logement);
- Hospitalisations récentes et fréquentes;
- Historiques de traitements précédents et les résultats des interventions reçues, notamment au niveau pharmacologique.

### Coordination interdirection

Un processus clinique est en place pour les personnes qui bénéficient d'un suivi actif dans une autre direction du CIUSSSCN (ex. : DSAPA, DDITSADP), de la part d'une autre équipe de la DSMDI ou d'un organisme communautaire. Le but de ce processus est d'analyser le besoin prioritaire de la personne de concert avec le référent, tout en considérant le défi d'offrir les services en parallèle permettant de répondre aux besoins concomitants de cette dernière.

Ainsi, l'analyse réalisée par la coordonnatrice clinique de l'interdirection peut se conclure par l'une des orientations cliniques suivantes :

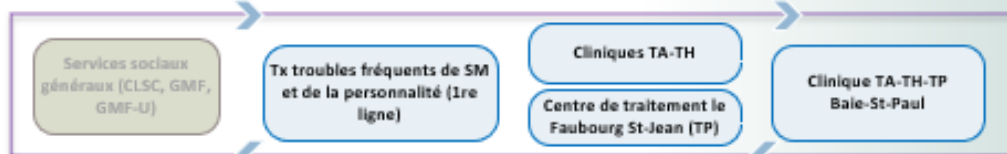
- Orientation de la personne vers les services spécifiques en santé mentale adulte tout en planifiant avec le référent, les services complémentaires qui seront offerts en parallèle par ce dernier;

- Recommandation que le référent demeure responsable du plan de traitement en offrant toutefois un soutien clinique approprié pour les besoins reliés à la santé mentale. Ce soutien clinique pourra alors prendre la forme de recommandations, d'une formation, d'un soutien clinique ponctuel ou continu ou de la co-intervention ;
- Informations sur l'offre des services spécifiques et les limites de celle-ci par rapport à la demande reçue, puis suggestion d'options alternatives de référence (autre équipe de la DSMDI, autre direction du CIUSSSCN ou autre partenaire externe).

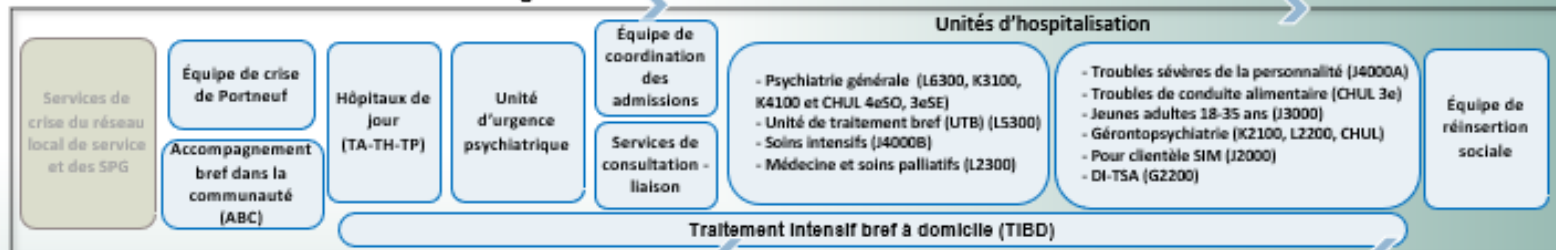
### Organisation des services en santé mentale

L'organisation des services de la DSMDI favorise la continuité et la complémentarité des différents niveaux d'intervention à l'intérieur de continuums de services intégrés. Ce modèle de services permet d'assurer une prise en charge continue et sans rupture, ainsi que des interventions basées sur les meilleures pratiques. La direction souhaite ainsi maximiser l'efficacité des soins et des services en adhérant à des principes fondés sur des résultats empiriques, une expertise clinique, ainsi que sur les caractéristiques, les besoins et les préférences des personnes qu'elle dessert.

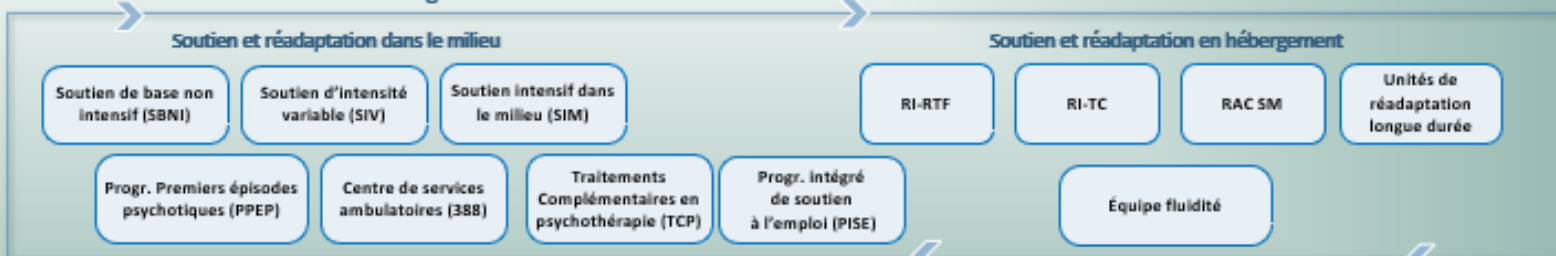
### Continuum des troubles mentaux fréquents et de la personnalité



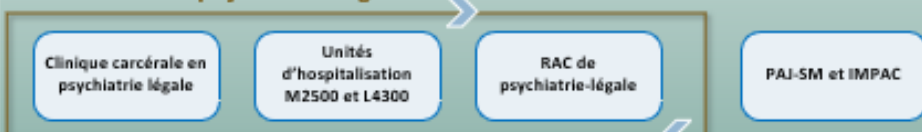
### Continuum des services et des soins aigus



### Continuum des troubles mentaux graves



### Continuum de psychiatrie légale



### Cliniques externes de psychiatrie

Psychiatrie générale

Gériopsychiatrie

Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)

### Cliniques spécialisées pour clientèles spécifiques

Clinique des troubles sexuels (CTS)

Psychiatrie périnatale

Traitement du stress opérationnel (TSO)

PITCA

### Services transversaux

Clinique Pôle Santé mentale

Clinique d'évaluation et d'intervention cognitive

Programme santé globale et loisirs

Services de prélèvements et d'injections (SPI)

Vincent et moi

Figure 2 - Schématisation des continuums de services en santé mentale de la DSMDI

# 1. Continuum des troubles mentaux fréquents et de la personnalité

## Soins par étapes

Les bonnes pratiques d'intervention en santé mentale recommandent d'offrir des services selon un modèle de soins par étapes, c'est-à-dire hiérarchisés à l'intérieur de continuums de services. Les modèles de soins par étapes sont basés sur les principes de « moindre fardeau » qui signifie qu'une intervention efficace de moindre intensité sera offerte en premier et de « révision planifiée » qui réfère au monitoring en continu des effets d'une intervention sur la personne. La révision planifiée permet à la personne de changer d'étape en fonction de l'évolution de sa situation. Dans un tel modèle, les services sont offerts en fonction des besoins et des préférences des personnes plutôt qu'uniquement basés sur leur diagnostic. De plus, les continuums de services ne sont pas linéaires, c'est-à-dire qu'il n'est pas attendu qu'une personne ait traversé les étapes antérieures avant d'obtenir un service. C'est dans ce contexte que les services de la DSMDI pour le traitement des troubles de l'humeur (TH), des troubles anxieux (TA) et des troubles de la personnalité (TP) sont organisés en trois continuums de services. Conformément au modèle de soins par étapes, quatre à cinq niveaux de services sont offerts dans chacun de ces continuums.

## Services sociaux généraux

Selon le modèle des soins par étapes, les services de niveau 1 et 2 relèvent des services sociaux généraux (CLSC), GMF et GMF-U. « Les activités de repérage, d'éducation psychologique et de surveillance des symptômes à la base du modèle de soins par étapes, ainsi que certaines interventions telles que les autosoins, les services de soutien à l'éducation et à l'emploi, figurent parmi les interventions qui peuvent être offertes via ces services.<sup>11</sup> » Cette gamme de services est destinée à l'ensemble de la population. Si ce niveau d'intervention ne permet pas de répondre aux besoins de la personne, elle pourra être orientée vers les services de la DSMDI qui dispense les services spécifiques et spécialisés en santé mentale adulte pour accéder aux étapes subséquentes.

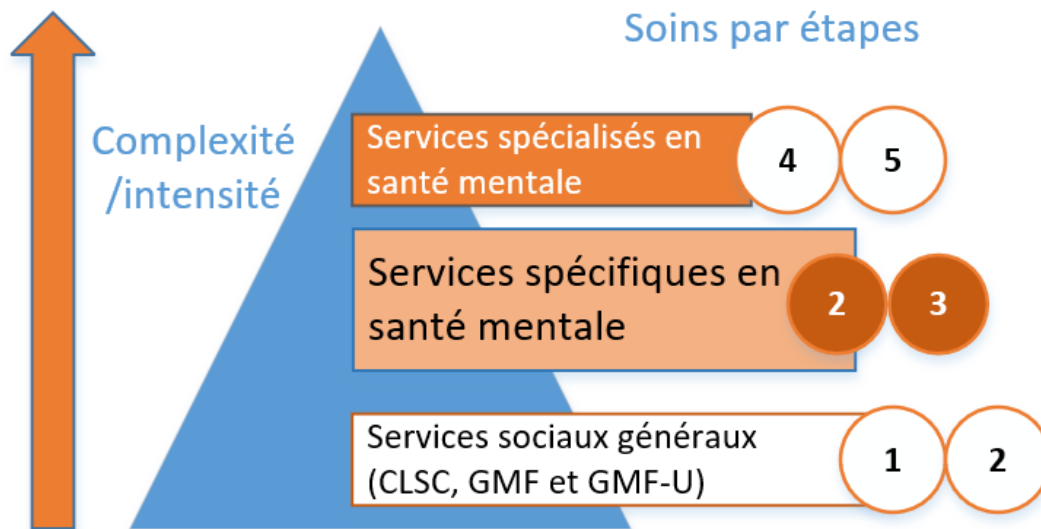


Figure 3 - Schématisation des soins par étapes

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) – Document d'information à l'intention des établissements

## 1.1 Services spécifiques en santé mentale (traitements de 1re ligne)

En continuité avec les services sociaux généraux, les services spécifiques en santé mentale adulte sont des services de première ligne destinés à des personnes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Ces services sont dispensés sur les territoires de Québec, Charlevoix et Portneuf. L'objectif de ces derniers est d'aider les personnes à diminuer leurs symptômes, à améliorer leur fonctionnement au quotidien ainsi qu'à augmenter leur qualité de vie de façon à pouvoir retrouver leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.

En cohérence avec le modèle des soins par étapes, on retrouve quatre à cinq niveaux de services dans chacun des continuums. Les niveaux offerts par les services spécifiques correspondent aux étapes 2 et 3 des différents continuums tels qu'illustrés dans le schéma précédent. Les principales interventions et services offerts par continuum sont :

### **Continuum des troubles anxieux :**

- Autosoins dirigés;
- Groupe d'éducation psychologique sur l'anxiété et l'humeur;
- Groupe de psychothérapie transdiagnostique pour l'anxiété basée sur la TCC;
- Groupe sur la pleine conscience;
- Psychothérapie d'exposition;
- Psychothérapie en individuel basée sur la TCC;
- Suivi individuel psychosocial et de réadaptation.

### **Continuum des troubles de l'humeur :**

- Autosoins dirigés;
- Groupe d'éducation psychologique sur l'anxiété et l'humeur;
- Groupe d'éducation psychologique sur le trouble affectif bipolaire;
- Programme d'éducation psychologique pour la dépression (L'Envol);
- Groupe de psychothérapie interpersonnelle;
- Groupe sur la pleine conscience;
- Psychothérapie individuelle basée sur la TCC ou thérapie psychodynamique  
Bref;
- Suivi individuel psychosocial et de réadaptation;

### **Continuum des troubles de la personnalité :**

- L'évaluation des troubles mentaux;
- L'éducation psychologique individuelle et de groupe;
- L'approche de Good psychiatric management (GPM);
- La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), individuelle ou de groupe;
- La thérapie comportementale-dialectique (TCD);

Bien que la très grande majorité des personnes soit desservie dans l'un des trois continuums de services (TA, TH ou TP), certains types de besoins peuvent cheminer temporairement vers une offre de services plus adaptée. Les services « hors continuum » sont principalement, la garde psychosociale, les services de l'équipe dédiée aux jeunes adultes de 18 à 25 ans ou ceux du programme Mes Choix. Néanmoins, ces derniers font partie intégrante des services spécifiques selon une approche transdiagnostique.



En voici une description sommaire :

### **Garde psychosociale**

La garde psychosociale des services spécifiques sert à répondre à toute situation préoccupante qui requiert une intervention rapide auprès des personnes en suivi actif ou celles en attentes de service. L'intervention vise à rétablir un certain équilibre, à assurer la sécurité de la personne et de son entourage en évaluant l'urgence réelle de la situation incluant le risque suicidaire et homicidaire. Cette évaluation sommaire peut se faire au téléphone, lors de la prise de contact par l'intervenant de garde ou au moyen d'une rencontre ponctuelle dans un délai qui respecte l'urgence de la situation. À la suite de cette évaluation et si la situation de la personne le requiert, il est possible de lui offrir un suivi de crise à court terme (d'un maximum de six rencontres) durant l'attente de la prise en charge de son dossier.

### **Services dédiés aux jeunes adultes de 18 à 25 ans**

L'équipe dédiée aux services pour les jeunes adultes de 18 à 25 ans a pour mission de dispenser une offre de service novatrice, flexible et adaptée à ce groupe d'âge. Elle propose notamment des heures compatibles à leur routine de vie et favorise l'intervention dans un lieu qui leur convient. Comme les jeunes adultes sont davantage disposés à recevoir des services lorsqu'ils vivent une situation de détresse, l'équipe tente une prise en charge rapide afin d'être en mesure de les capter au moment où ils en ont besoin.

L'équipe dédiée aux 18-25 ans se distingue par un modèle de services intégrés dans une approche d'intervention précoce et transdiagnostique tout en demeurant cohérent avec l'ensemble des services spécifiques de santé mentale adulte, donc arrimée avec le PQPTM, le continuum de services TP ainsi qu'avec le programme Mes Choix.

De plus, cette équipe travaille en étroite collaboration avec les partenaires du réseau de la santé (équipes SIV, PEP, DJ, Aire Ouverte, GMF, GMF-U) ainsi qu'avec des partenaires intersectoriels (milieux scolaires, organismes communautaires, soutien à l'emploi, au logement, etc.) afin d'offrir une réponse intégrée aux besoins des jeunes adultes. La collaboration et l'implication des proches s'avèrent de plus incontournables.

### **Programme Mes Choix**

En juin 2022, la DSMDI s'est dotée d'un cadre de référence en matière de troubles concomitants visant à soutenir l'organisation de services intégrés en santé mentale et en dépendance. C'est dans ce contexte que le programme Mes choix fut implanté progressivement dans les services spécifiques de santé mentale adulte. Ce programme d'intervention de première ligne est destiné aux consommateurs d'alcool, de cannabis ou de toutes autres substances, qui désirent modifier leurs habitudes. Il est offert par la Direction de Santé publique à l'ensemble de la population, mais intégré aux services spécifiques pour les personnes qui présentent également une problématique de santé mentale. Le programme Mes Choix vise à réduire les habitudes de consommation, les arrêter complètement ou atteindre des objectifs fixés par une mesure judiciaire. Les équipes interdisciplinaires des services spécifiques en santé mentale adulte assurent également la continuité des soins et des services en orientant les personnes vers des services spécialisés en santé mentale lorsque l'intensité des services spécifiques ne répond plus à leurs besoins.

## 1.2 Clinique spécialisée des troubles complexes de l'anxiété et de l'humeur

En continuité avec les services spécifiques du continuum des troubles anxieux et de l'humeur, la clinique spécialisée des troubles complexes de l'anxiété et de l'humeur s'adresse à une clientèle présentant un trouble anxieux ou de l'humeur sévère, complexe ou chronique. L'offre de service réfère aux niveaux 4 et 5 du modèle de soins par étapes du PQPTM.

L'équipe interdisciplinaire offre des services suivants sur une base locale ou régionale :

- Évaluation du trouble mental
- Évaluation des habitudes de vie et suivi nursing
- Évaluation du fonctionnement social et suivi en service social
- Évaluation du fonctionnement occupationnel et suivi en ergothérapie
- Évaluation du retour au travail et suivi
- Psychothérapie individuelle
- Intervention de groupe
- Services de soutien aux études et à l'emploi
- Services de réadaptation
- Intervention auprès de la famille et des proches

Les consultations sont ponctuelles et incluent l'évaluation ou la précision d'un diagnostic ainsi que la formulation de recommandations sur la nature des services à offrir. Le profil clinique de la clientèle est multidimensionnel, complexe et demande une intégration interdisciplinaire des services de traitement et de réadaptation. Il peut parfois nécessiter également une collaboration interprofessionnelle avec d'autres cliniques spécialisées.

La clinique offre de plus des services de soutien, de consultation et de formation aux intervenants du RSSS ainsi qu'aux partenaires. Lorsque les services spécialisés ne sont plus requis, la clientèle doit pouvoir au besoin, avoir accès le plus rapidement possible aux services spécifiques en santé mentale ou à d'autres services de la communauté que requiert son état.

## 1.3 Centre de traitement le Faubourg St-Jean

Le Centre de traitement Le Faubourg St-Jean offre des services spécialisés en interdisciplinarité aux personnes présentant un trouble sévère de la personnalité. Ces services visent l'optimisation du fonctionnement, l'intégration sociale et le mieux-être psychologique des personnes. Ils se situent au quatrième niveau du modèle de soins par étapes en troubles de la personnalité (voir section sur les soins par étapes p. 23).

### Types de services

En début de processus ou lorsque requis, des évaluations professionnelles réalisées par les membres de l'équipe permettent d'avoir une meilleure compréhension du profil de la personne et facilitent son orientation vers l'un des quatre volets cliniques :

#### Programme de psychothérapie

Ce programme de psychothérapie basée sur la mentalisation s'adresse à des personnes motivées à effectuer un travail sur leur situation afin d'effectuer des changements en lien avec leurs difficultés

actuelles. Par la participation à de la thérapie individuelle et de groupe, le programme vise à favoriser l'identification et l'expression des états mentaux, le développement de relations interpersonnelles saines et satisfaisantes, la compréhension et la modulation plus adaptées des émotions et un meilleur contrôle de l'impulsivité.

#### Volet réadaptation

Ce volet s'adresse aux personnes rencontrant des difficultés fonctionnelles importantes pouvant compromettre leur engagement dans des occupations de la vie quotidienne et dans des rôles sociaux signifiants. Il peut inclure différentes modalités, notamment des rencontres individuelles avec différents professionnels, la participation à un groupe de réflexion sur le changement, une collaboration avec les ressources publiques et communautaires, ainsi que des interventions familiales. L'objectif principal de ce volet est de développer une plus grande satisfaction à l'égard de son fonctionnement.

#### Équipe de soutien interdisciplinaire du Faubourg Saint-Jean (ESIF)

ESIF s'adresse aux personnes ayant un suivi en psychiatrie au centre de traitement qui rencontrent des difficultés fonctionnelles majeures. Ce volet intègre l'ensemble des services disponibles au centre de traitement et son objectif est d'élaborer un plan de traitement unique et adapté aux besoins complexes de la personne. Des approches novatrices sont utilisées par l'équipe interdisciplinaire dans le but de réduire les probabilités d'un suivi permanent et d'éviter de répéter les interventions antérieures dont les résultats n'ont pas été concluants.

#### Volet maintien

Ce volet s'adresse aux personnes ayant déjà reçu différentes modalités de services sans succès. Il s'agit d'un suivi en psychiatrie comprenant des rencontres individuelles de soutien et d'éducation psychologiques. L'objectif principal de ce suivi est de favoriser chez la personne le maintien d'un équilibre de vie et une stabilité en ce qui a trait à la santé mentale.

#### Transfert des connaissances

Par ailleurs, les acteurs du continuum de service en trouble de la personnalité soit le Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean ainsi que les services spécifiques en santé mentale adulte contribuent au développement et à l'amélioration des pratiques cliniques pour cette clientèle. Un mandat leur a été confié par le MSSS en vue de soutenir les établissements de la province dans l'implantation d'un modèle de soins par étapes pour le traitement des TP. La mise en place d'une communauté de pratique permettant de partager leur expertise, d'offrir des services de consultation, de supervision et de formation aux partenaires des autres régions fait partie des grands jalons.

## 2. Continuum de services et de soins aigus

Les situations de crise servent généralement de « porte d'entrée » aux services et aux soins aigus. En matière de gestion et d'interventions de crise, le CIUSSSCN et le réseau communautaire doivent rendre accessibles des services de proximité pour favoriser la prise en charge, l'accompagnement et le soutien de la population présentant de la détresse psychologique.

Sur le territoire du CIUSSSCN, le volet de service de crise 24/7 est principalement assuré par les partenaires communautaires avec lesquels des ententes sont signées. Ces derniers jouent un rôle crucial dans la gestion des situations de crise dans la région de Québec. À cet effet, le Centre de crise de Québec (CCQ), le Centre de prévention de suicide de Québec (CPSQ) et le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) se sont vu reconnaître le statut de Service d'aide en situation de crise (SACS).

En cohérence avec son offre de service régulière pour les clientèles 0-100 ans vivant des difficultés de fonctionnement social de nature situationnelle et ponctuelle, la direction des services multidisciplinaires (DSM) peut recevoir des références pour des personnes qui vivent des crises situationnelles.

## 2.1 Accompagnement bref dans la communauté (ABC)

L'accompagnement bref dans la communauté (ABC) fait partie d'un plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale avec le traitement intensif bref à domicile (TIBD) et l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)<sup>12</sup>. Ce modèle de service découle de l'axe 6 du plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (MSSS, 2022) visant à prévenir le recours à l'urgence ou à l'hospitalisation traditionnelle en psychiatrie ou encore à réduire la durée de celle-ci pour les adultes ayant une instabilité marquée de leur état mentale.

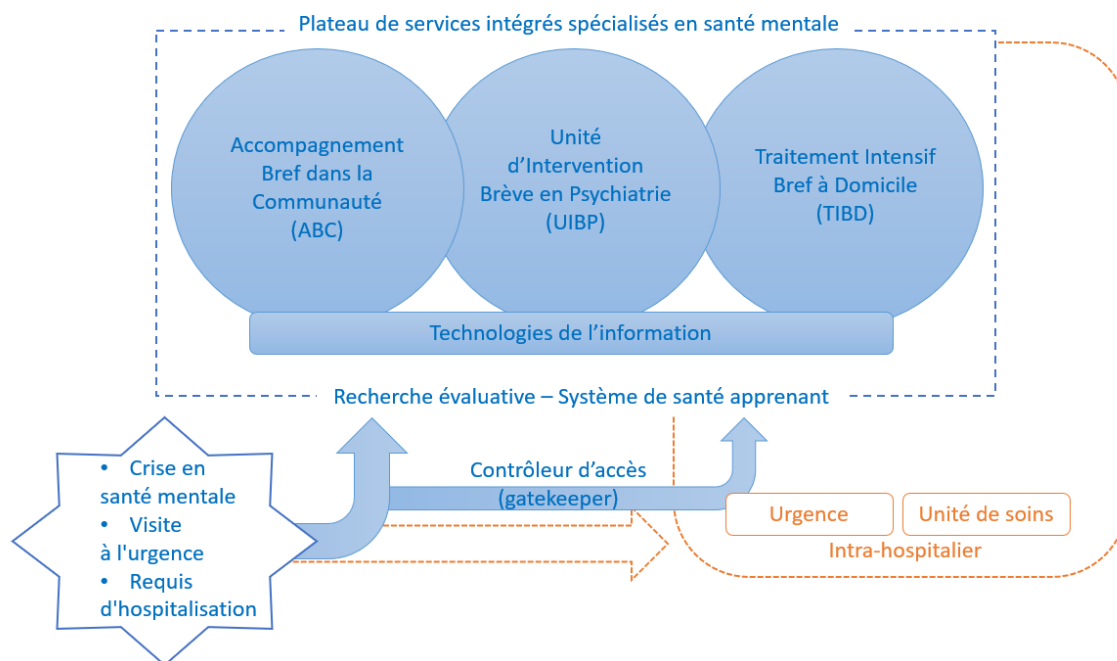


Figure 4 – Plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale, document de travail MSSS (2024)

Le mandat particulier d'ABC est d'offrir rapidement un soutien à court terme dans la communauté ou de faire le relais vers les services appropriés en proposant une alternative à la consultation à l'urgence ou en soutenant la personne après un passage à l'urgence psychiatrique. La réponse à

<sup>12</sup> Au moment de rédiger ce plan d'organisation clinique, cette équipe est en cours d'élaboration.

une demande de service se fait dans un maximum de 48 heures et vise de façon générale, la mise en place d'un filet de sécurité et la résorption de la crise.

La population visée est celle qui est susceptible de recourir aux services de l'urgence hospitalière en situation de crise à défaut d'avoir une réponse rapide et adéquate à ses besoins de services. L'ABC travaille conjointement avec l'ensemble des partenaires internes et externes afin de soutenir la personne en l'orientant vers les services adéquats et en offrant du soutien aux partenaires du réseau face à certaines situations complexes.

L'équipe interdisciplinaire offre un suivi biopsychosocial d'une durée maximale de 6 semaines à raison de 2 rencontres hebdomadaires en moyenne. Les soins et les services sont dispensés principalement dans le milieu de vie de la personne selon une intensité adaptée aux besoins de cette dernière.

L'équipe ABC procède ainsi à l'évaluation des besoins et lorsque requis, à l'évaluation des risques suicidaires et homicidaires, du fonctionnement social ainsi que de la condition physique et mentale de la personne. Elle encourage l'utilisation des ressources présentes (pharmacie communautaire, médecin de famille, etc.) et au besoin peut référer à un psychiatre ou à une IPSSM pour des consultations ponctuelles ou occasionnelles. Ces derniers peuvent, de plus, assurer le suivi et l'ajustement des traitements pharmacologiques et médicaux incluant l'intervention de crise et de l'enseignement sur la maladie.

D'autre part, l'équipe considère, intègre et outille les proches de la personne tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit les soins, et ce afin de favoriser son rétablissement.

## 2.2 Traitement intensif bref à domicile (TIBD)

Comme mentionné précédemment, le TIBD fait partie d'un plateau de services intégrés spécialisés en santé mentale avec l'équipe d'accompagnement bref dans la communauté (ABC) et l'unité d'intervention brève en psychiatrie (UIBP)<sup>13</sup>. Sa mission est de dispenser des services alternatifs à un séjour hospitalier dans le milieu de vie de la personne en s'appuyant sur un modèle de traitement intensif, individualisé et interdisciplinaire. La visée du TIBD est de stabiliser l'état mental de la personne tout en favorisant le maintien ou la reprise de son fonctionnement social malgré un requis d'hospitalisation.

Les personnes visées sont des adultes qui présentent une détérioration de leur état mental, qui requièrent un niveau de soins aigus, ayant un besoin de prise en charge médicale et d'un traitement pharmacologique et qui nécessiterait un recours à l'urgence ou à l'hospitalisation dans l'immédiat ou dans les jours suivants.

L'équipe du TIBD assure un suivi intensif de 2 à 3 visites à domicile par jour en début de suivi, et un suivi médical intensif d'environ un rendez-vous médical par semaine à des personnes à haut risque de détérioration afin d'éviter l'hospitalisation ou d'en réduire la durée. Elle offre des soins et des services sept jours sur sept, entre 8 h 15 et 23 h. L'équipe est composée d'infirmières (en majorité), d'intervenants psychosociaux (TS, éducateurs), de psychiatres et d'un pharmacien.

---

<sup>13</sup> Au moment d'écrire ce plan d'organisation clinique, cette équipe est en cours d'élaboration.

Intervenir directement dans la communauté facilite l'accès aux soins pour une population réticente ou craintive à l'idée d'être hospitalisée en psychiatrie et permet d'orienter la personne vers les services appropriés selon le plan de traitement réalisé en cours de suivi. Le contexte intensif et la proximité des intervenants du TIBD favorisent la clarification du diagnostic, l'instauration et l'ajustement d'un traitement pharmacologique. De plus, l'équipe assure des suivis réguliers à domicile, des interventions urgentes visant à traiter des symptômes aigus et veille à la stabilisation de l'état mental.

L'équipe interdisciplinaire procède à la réadaptation par le développement, le maintien ou la restauration des compétences et des habiletés. Elle propose de l'accompagnement à l'intégration sociale ou socioprofessionnelle, à la réinsertion professionnelle ou au maintien à l'emploi. De plus, elle accompagne les personnes en situation de raccrochage scolaire ou pour favoriser le maintien aux études.

D'autre part, l'équipe considère, intègre et outille les proches de la personne tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins, et ce afin de favoriser son rétablissement.

## 2.3 Hôpitaux de jour (TA-TH-TP)

### 2.3.1 Hôpital de jour des troubles anxieux et de l'humeur (TA-TH)

L'Hôpital de jour TA-TH a pour mission d'offrir une programmation clinique intensive comprenant des services ambulatoires d'évaluation, de traitement ainsi que des suivis professionnels et psychiatriques. Cette formule de soins interdisciplinaires permet aux adultes présentant des troubles anxieux ou de l'humeur de recevoir les traitements appropriés tout en demeurant dans leur milieu de vie. Ce programme vise à éviter l'hospitalisation ou en diminuer la durée.

La personne se déplace à l'hôpital de jour pour recevoir les soins et les traitements nécessaires à son rétablissement. Le suivi, qui comporte des rencontres individuelles et de groupe s'échelonne sur un maximum de six semaines. Cette formule nécessite une implication active de la personne dans son processus de rétablissement.

En fonction des besoins, l'équipe interdisciplinaire procède à l'évaluation diagnostique et peut ainsi le préciser. Le suivi médical individuel est assuré par un psychiatre à raison d'une rencontre hebdomadaire. Le traitement comprend de la pharmacothérapie et de la psychothérapie individuelle. Le suivi individuel est assuré par un intervenant assigné à la personne à raison d'une rencontre par semaine.

Les rencontres de groupe sont au nombre de trois par semaine, de 90 minutes chacune. Elles permettent d'offrir des interventions psychosociales, des activités thérapeutiques, de l'éducation psychologique ainsi que des activités de liaison avec les équipes traitantes en santé mentale.

### 2.3.2 Programme de Gestion de la crise (GDC) dédié aux personnes vivant avec un trouble de la personnalité

Le Programme de gestion de la crise pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité remplace l'hôpital de jour pour les troubles de la personnalité. Ce programme a pour mission d'accompagner les personnes en situation de grande vulnérabilité qui traversent un épisode de

crise. Il vise notamment à outiller ces personnes à comprendre les facteurs contributifs à la crise, à gérer les idées suicidaires et les gestes dommageables, ainsi qu'à reprendre une routine de vie.

L'équipe interdisciplinaire propose des activités de groupe et des rencontres individuelles selon les besoins et la disposition au changement des personnes référées. Un groupe motivationnel est offert ainsi que de l'éducation psychologique pour permettre une meilleure compréhension des situations de crise. Le programme s'active également à promouvoir la réflexion au lieu de l'agir dommageable. En plus d'outiller la personne à identifier ce qui entraîne la crise, l'équipe soutient la personne à se doter de stratégies pour la contrer. Les suivis sont d'une durée maximale de 6 semaines à raison d'une à deux rencontres hebdomadaires.

## 2.4 Unités d'urgence psychiatrique

Les unités d'urgence psychiatrique s'adressent aux personnes qui vivent une situation de crise ou une situation nécessitant des soins urgents associée à un problème de santé mentale plus particulièrement aux personnes dont la sécurité est compromise.

Elles sont rattachées à un hôpital de soins généraux et sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pendant toute l'année. Dans la région de la Capitale-Nationale, un service d'urgence psychiatrique est en place dans deux hôpitaux généraux du CHU de Québec, soit :

- L'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ);
- Le CHUL (des services de pédopsychiatrie y sont également offerts).

Une évaluation médicale est d'abord effectuée à l'urgence de l'hôpital pour déterminer si la cause de la crise est d'origine physique ou mentale. Selon les observations de l'urgentologue, une évaluation psychiatrique peut être demandée à l'équipe de l'unité d'urgence psychiatrique.

Cette unité offre des services d'accueil, de triage, d'évaluation médicale et psychiatrique, en plus d'amorcer des traitements. En raison de leur grande détresse, les personnes qui s'y présentent doivent être écoutées, soutenues et informées. À la suite de l'évaluation psychiatrique, les personnes pourront être gardées en observation, retournées vers leur milieu de vie avec ou sans médication, référées vers des services externes ou hospitalisées dans l'une des unités psychiatriques de la DSMDI selon le cas.

Avec le consentement de la personne, un plan de congé pourra être établi avec les proches ou avec d'autres partenaires publics ou communautaires.

## 2.5 Équipe de coordination des admissions et des mouvements de clientèle

L'équipe de coordination des admissions et des mouvements de clientèle coordonne l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie ainsi que les déplacements entre les différentes unités du CHUL et de l'IUSMQ.

Cette équipe :

- coordonne l'orientation et l'admission de personnes qui se trouvent dans les unités d'urgence psychiatrique et qui requièrent une hospitalisation en psychiatrie, ceci en fonction de leur profil clinique et du niveau de soins qu'elles requièrent;
- soutient les équipes cliniques et les partenaires externes dans l'orientation vers les unités d'urgence psychiatrique, en fonction des besoins de la clientèle, de l'achalandage et de la disponibilité des lits;
- coordonne le transfert de résidents de la Capitale-Nationale qui sont hospitalisés en psychiatrie dans une autre région, dans une autre province ou dans un autre pays et qui doivent poursuivre un séjour hospitalier dans leur région d'origine;
- Coordonne les mouvements de la clientèle entre les unités de la direction, ceci en fonction de l'évolution du requis de service et de la capacité des unités;
- Procède aux admissions de personnes hospitalisées pour des besoins physiques (p. ex. chirurgie) qui requièrent une hospitalisation en psychiatrie (hors secteur);
- soutient les unités lorsque requis, lors de transferts vers d'autres partenaires ou d'autres établissements;
- Partage des informations sur la capacité et les mouvements prévus de la clientèle en temps réel avec les partenaires du CHU de Québec et coordonne les mouvements en cogestion avec eux selon le taux d'occupation des urgences.

L'équipe n'offre pas de service directement aux personnes, mais coordonne leurs trajectoires de services pour l'accès aux lits d'hospitalisation en psychiatrie de la Capitale-Nationale, à l'exception de Charlevoix qui a ses propres trajectoires.

## 2.6 Services de consultation-liaison en santé mentale, santé physique et dépendance

La DSMDI s'est dotée d'équipes de consultation et de liaison ayant le mandat de faciliter les trajectoires de services des personnes vivant des problèmes liés à la santé mentale et aux dépendances.

### **Consultation-liaison santé mentale**

Les infirmières de consultation-liaison en santé mentale, en collaboration avec les psychiatres, sont disponibles pour offrir des services dans les centres hospitaliers (CHSGS) de Québec-métro (CHU et IUCPQ) de la ville de Québec. Elles assistent les équipes des unités de soins physiques lorsque des personnes présentent des symptômes requérant une expertise spécifique en santé mentale. Elles contribuent à la fluidité hospitalière en collaborant avec les psychiatres pour documenter l'évaluation des personnes référées et en participant à la liaison vers les services requis. Quant aux psychiatres, ils procèdent aux évaluations psychiatriques, à la gestion de la médication, aux références pour l'admission en unité de soins psychiatriques ou pour l'orientation vers d'autres services en santé mentale.

### **Consultation-liaison en dépendance**

Voir description à la page 65 dans la section sur les services en dépendance.



### **Liaison santé physique**

L'infirmière de liaison en santé physique traite les demandes visant les personnes admises dans les unités de soins en psychiatrie de l'IUSMQ et du CHUL qui requièrent des consultations auprès de médecins spécialistes en santé physique. Ce service vise à favoriser la prise en charge des besoins en santé physique des personnes en préparation d'un congé de l'unité de soins psychiatrique. L'infirmière planifie les rendez-vous des personnes et s'assure de transmettre toutes les informations pertinentes aux responsables du traitement des demandes, afin que ceux-ci, de même que l'équipe traitante tiennent compte des particularités des personnes liées à leur santé mentale.

## **2.7 Unités d'hospitalisation**

La DSMDI dispose d'unités d'hospitalisation au CHUL, à l'IUSMQ ainsi qu'à Baie-Saint-Paul pour répondre aux besoins de sa clientèle. Les équipes cliniques et professionnelles dispensent des soins et services en continu soit 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les équipes interdisciplinaires des unités de soins assurent l'évaluation, le traitement et le suivi des personnes hospitalisées. Ces soins et services pharmacologiques, psychiatriques, infirmiers, psychosociaux ou de réadaptation sont offerts en fonction des besoins individuels identifiés et des spécificités de la clientèle cible de chacune des unités. Les professionnels des équipes cliniques offrent notamment de l'enseignement sur les symptômes du trouble mental, de l'éducation psychologique, des interventions sociales ou éducatives, de la psychothérapie brève et du soutien aux proches. Des démarches assurant un suivi post-hospitalier avec des services externes en santé mentale peuvent également être mises en place.

### **2.7.1 Unité de traitement bref (L5300)**

Localisée au L5300 de l'IUSMQ, les services offerts à l'unité de traitement bref (UTB) visent à offrir un traitement à la personne vivant un épisode de crise aiguë avec une composante active de santé mentale qui dépasse l'offre de service de crise présente dans la communauté. Les personnes admises à l'UTB présentent un trouble mental ou des symptômes associés. Leur fonctionnement est affecté au point où un épisode bref de soins en milieu hospitalier est nécessaire pour stabiliser leur état de santé. Certaines personnes admises peuvent présenter un risque pour elles-mêmes ou pour autrui (risque suicidaire, d'automutilation, hétéro-agressif élevé et homicidaire).

Les soins et services de l'UTB visent à stabiliser la crise sans coupure avec le milieu afin de faciliter le retour à domicile avec ou sans services post-hospitalisation. Les personnes admises doivent avoir la capacité de participer activement à la programmation clinique qui prévoit un retour dans le milieu naturel dans un délai de moins de sept jours. Ainsi, les personnes présentant des symptômes d'une gravité requérant des services d'une intensité ou d'une durée dépassant celles offertes par l'UTB seront dirigées vers une unité de soins en meilleure adéquation avec leurs besoins.

### **2.7.2 Unités de psychiatrie générale (IUSMQ K3100, K4100 et L6300, CHUL 4e Sud-Ouest et 3e Sud-Est)**

Situées dans les locaux de l'IUSMQ et du CHUL, les unités de soins aigus en psychiatrie générale offrent des soins et services à des personnes qui présentent un trouble de santé mentale courant ou grave et des symptômes requérant une intensité de soins et une durée de séjour en

milieu hospitalier dépassant celles offertes par l'UTB. Le séjour à l'unité vise à stabiliser l'état mental de la personne et à assurer une transition vers les services dans la communauté.

### 2.7.3 Unité de soins intensifs (J4000B)

Au moment d'écrire ces lignes, l'unité de soins intensifs psychiatriques (USI-P) est en préparation et sera localisée au J4000B de l'IUSMQ.

Cette unité mettra l'accent sur l'intensité du traitement pharmacologique et psychosocial, combiné à une variété de mesures de sécurité physiques, procédurales, relationnelles et d'aménagement de l'environnement minimisant les risques, les perturbations comportementales et la vulnérabilité des individus. Les lieux physiques seront aménagés pour favoriser une ambiance calme et limiter les stimuli. Les personnes auront accès à des chambres individuelles et à des espaces communs favorisant l'autorégulation des émotions et la prévention des crises. Une unité de soins intensifs comporte également du mobilier adapté et des salles d'isolement assurant la sécurité du personnel et des usagers lors de situations de crise aiguë. La durée de séjour visée est de 8 jours, mais celle-ci est ajustée en fonction des besoins de la personne.

L'équipe interdisciplinaire sera formée selon une approche proactive et axée sur l'évaluation et le traitement. L'intensité des soins et services qui seront offerts à l'USI-P favorisera une stabilisation rapide des personnes admises dans le but de diminuer les risques et la durée totale de leur séjour d'hospitalisation.

### 2.7.4 Unité de médecine et de soins palliatifs (L2300)

Localisée au L2300 de l'IUSMQ, l'unité de médecine et de soins palliatifs offre un continuum de services médicaux aux personnes de la région de la Capitale-Nationale ayant un trouble de santé mentale. Les personnes admises présentent une comorbidité de santé physique et psychiatrique nécessitant une hospitalisation à court terme à des fins d'évaluation, de traitement en soins médicaux actifs ou de réadaptation.

En plus des soins et services offerts en santé physique, l'unité dispose de trois lits régionaux de soins palliatifs pour les personnes en fin de vie. L'unité de médecine et de soins palliatifs offre également l'aide médicale à mourir (AMM) à la population générale.

Les services dispensés au sein de cette unité varient selon la nature du lit.

#### Lits de médecine, soins physiques spécialisés

L'équipe interdisciplinaire procède à l'évaluation de la condition physique et mentale. Selon les besoins, l'équipe peut également être amenée à évaluer le fonctionnement social, les habiletés fonctionnelles et les besoins en physiothérapie, en vue d'offrir les services requis à un rétablissement optimal.

L'équipe assure les traitements et les suivis médicaux qui peuvent différer selon la raison de l'hospitalisation. Il s'agit principalement de traitements médicaux de types soins physiques et de traitements pharmacologiques. Les professionnels dispensent des suivis en ergothérapie et physiothérapie sur une fréquence régulière et d'intensité variable selon les besoins de la personne. La travailleuse sociale offre des interventions ponctuelles en cas de besoins psychosociaux.

#### Lit de stabilisation intrahospitalier :

L'équipe clinique réalise l'évaluation médicale de la personne qui a été transférée d'une unité de soins psychiatriques en raison d'un problème de santé physique. La personne transférée bénéficie des soins infirmiers requis durant son séjour à l'unité. L'évaluation et le séjour sont normalement de courte durée et la personne peut retourner à son unité dès que sa santé physique est stable. Si la personne requiert des soins ne pouvant être offerts à l'unité L2300, elle est transférée vers un autre centre hospitalier qui est en mesure de répondre aux besoins.

#### Lits de soins palliatifs

Des évaluations médicales, des traitements pharmacologiques et des soins infirmiers sont offerts aux personnes en fin de vie. Des interventions ponctuelles de l'ergothérapeute peuvent également être dispensées, selon les besoins des personnes. À la demande des personnes recevant des soins palliatifs, l'équipe clinique fait la liaison avec l'équipe des soins spirituels, afin qu'un accompagnement soit mis en place.

Ces soins sont offerts à la population générale, les personnes y ayant recours n'ont donc pas nécessairement un trouble de santé mentale ou un suivi au sein d'un des services ou programmes de la DSMDI. Les soins palliatifs visent à permettre à la personne de mourir dans le respect et la dignité, dans des conditions maximisant son confort et sa qualité de vie. L'équipe de soins s'assure également que les proches puissent rendre visite à la personne dans un lieu intime et confortable.

#### Aide médicale à mourir

L'équipe clinique de l'unité de soins accueille et soutient la personne qui recevra l'AMM et ses proches. Au besoin, l'équipe clinique assiste le médecin qui effectue la procédure d'AMM. L'implication des membres de l'entourage constitue une priorité de l'équipe clinique, plus particulièrement en soins palliatifs ainsi l'équipe clinique soutient les proches et effectue, au besoin, la liaison vers les services requis.

L'AMM à l'unité s'adresse à toute personne correspondant à la population visée par ces soins, qui a effectué les démarches préalables et qui bénéficie d'un suivi auprès d'un médecin qui se portera responsable d'effectuer la procédure.

### **2.7.5 Unité des troubles sévères de la personnalité (J4000A)**

Localisée au J4000A de l'IUSMQ, l'unité de soins des troubles de la personnalité est spécialisée dans l'évaluation et le traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité (TP) modéré à sévère en offrant un suivi intensif bref à cette clientèle. Les soins et services offerts s'insèrent dans le continuum des services en TP, au sein duquel une même personne peut utiliser, à différents moments de sa trajectoire de soins, différents niveaux et intensités de services, selon l'évolution de ses besoins et de sa situation.

La clientèle visée par l'unité J4000A a généralement un profil clinique complexe, en plus de présenter au moment de l'admission, un état de crise pouvant générer un danger pour elle-même ou pour autrui. Le séjour à l'unité de soins vise la gestion, la diminution et la résolution de l'état de crise dans un délai maximal de 8 jours, sauf exception.

Les soins et services offerts s'inscrivent dans une approche motivationnelle axée sur la mentalisation et la responsabilisation des personnes, dans une perspective de rétablissement. Ils

visent notamment à favoriser la restructuration cognitive, améliorer la capacité de résolution de problème, mobiliser le réseau de soutien et développer de nouvelles stratégies de gestion de crise.

Les soins et services de l'unité J4000A sont suprarégionaux; ils sont offerts à la fois aux personnes de la région de la Capitale-Nationale et à celles provenant d'autres régions.

#### **2.7.6 Unité pour jeunes adultes (J3000)**

L'unité du J3000 de l'IUSMQ est dédiée à l'hospitalisation de jeunes adultes de 18-35 ans qui présentent des symptômes psychotiques en début d'évolution ou qui nécessitent une clarification diagnostique. Les soins et services offerts, selon une approche adaptée aux jeunes adultes, visent à offrir une expérience d'hospitalisation positive, intégrée au parcours de soins actuel et futur.

Les interventions de l'équipe interdisciplinaire visent à diminuer et à mieux gérer les symptômes psychiatriques, favorisant un retour rapide dans le milieu de vie à l'aide d'un suivi en externe (PPEP, TIBD ou autre). De plus, l'équipe travaille en étroite collaboration avec le gestionnaire de cas du PPEP, lorsque la personne bénéficie d'un tel suivi, afin d'assurer une continuité dans les interventions.

Une priorité est accordée à l'implication des proches, comme partenaires de soins, dans un contexte où ces derniers en sont parfois à une première expérience d'accompagnement.

#### **2.7.7 Unités de gériopsychiatrie (K2100 et L2200)**

##### **Unité K2100**

L'unité du K2100 de l'IUSMQ a pour mission d'offrir des services d'évaluation et de traitement permettant le rétablissement de l'équilibre mental et physique de personnes âgées qui présentent un trouble psychiatrique associé au processus de vieillissement normal ou pathologique. Les personnes admises à l'unité de gériopsychiatrie présentent une instabilité de l'état mental pouvant être accompagné d'une suspicion de trouble neurocognitif. Les symptômes associés à ces conditions peuvent entraîner des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique.

Les services offerts au K2100 s'inscrivent à l'intérieur d'un continuum de services régionaux pour la population vieillissante. Dans ce contexte, l'équipe clinique travaille de concert avec la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA).

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises en plus d'offrir des traitements pharmacologiques complets ainsi que des traitements médicaux. Les services de réadaptation visent le développement, la restauration ou le maintien de l'autonomie. Les personnes peuvent intégrer le Programme SPRINT (SPécifique au Réentraînement en INTerdisciplinarité) qui consiste à éviter le déconditionnement des personnes âgées. La collaboration des proches est un atout dans la démarche; ils peuvent soutenir le bon déroulement du programme lors de leurs visites auprès de la personne.

Une fois l'état de la personne suffisamment stabilisé, l'équipe évalue sa condition physique et mentale afin de cibler un milieu de vie adapté à ses besoins. Ainsi, la personne pourrait retourner

à son domicile avec l'ajout de services ou dans un nouveau milieu de vie offrant des services (ex. RPA, RI, CHSLD).

### **Unité L2200**

L'unité L2200 de l'IUSMQ dispose de lits de courte durée visant à réaliser des évaluations en gériopsychiatrie pour des personnes qui présentent des symptômes psychologiques et comportementaux complexes et réfractaires de la démence (SCPD). Ces personnes peuvent avoir développé une problématique de santé mentale tardivement ou être connues des équipes de santé mentale, mais il faudrait que le vieillissement complexifie le suivi.

La clientèle est généralement référée à partir de la trajectoire des cas complexes en CHSLD, de la DSAPA ou provenir des urgences. La demande d'admission dans un milieu d'hébergement revêt un caractère obligatoire et se fait dès la phase de la mise en place du suivi thérapeutique à l'unité L2200. Ainsi, suite à l'évaluation par l'équipe interdisciplinaire de l'unité, l'identification des besoins d'hébergement sera acheminée au mécanisme d'accès à l'hébergement public de la Capitale-Nationale.

Durant le séjour hospitalier, des traitements pharmacologiques, des traitements médicaux et des suivis thérapeutiques sont offerts à la clientèle. Des activités de réadaptation visent notamment le contrôle des comportements perturbateurs, ainsi que le développement de l'autonomie de la personne.

### **2.7.8 Unité (J2000) pour la clientèle en suivi intensif dans le milieu (SIM)**

Les services de l'unité de soins J2000 de l'IUSMQ s'adressent à des adultes recevant des services du programme SIM et nécessitant temporairement une intensité de service propre à l'hospitalisation.

Les personnes hospitalisées sur cette unité présentent le plus souvent un trouble psychotique, parfois associé à un trouble d'utilisation de substance (TUS). Certaines personnes sont également judiciairisées, ce qui augmente le degré de complexité des situations cliniques et du risque d'auto et d'hétéro-agression.

La mission du J2000 est de fournir un accès rapide à un traitement approprié à chacune des phases de la maladie. Tout au long de l'épisode d'hospitalisation, cette équipe travaille en étroite collaboration avec les équipes SIM afin de retourner la personne le plus rapidement possible dans son milieu de vie.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises ainsi qu'à des traitements pharmacologiques et médicaux. Des interventions de groupes sur des thèmes spécifiques tels que le rétablissement ou la toxicomanie sont offertes aux personnes selon leurs besoins. La réadaptation par le maintien, le développement ou la restauration des compétences et des habiletés constitue également l'un des volets de services offerts.

### 2.7.9 Unité (G2200) pour la clientèle atteinte d'une déficience intellectuelle et d'un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA)

L'unité de soins G2200 de l'IUSMQ a pour mission d'offrir des services de traitement aigu des troubles psychiatriques pour les personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) ou de trouble du spectre de l'autisme (TSA); ces personnes peuvent également présenter des troubles graves du comportement (TGC) ou des polyhandicaps.

Les membres de l'équipe détiennent une expertise leur permettant de distinguer les symptômes associés spécifiquement à un problème de santé mentale de ceux correspondant davantage à des réactions liées au profil neurologique de la personne.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises ainsi qu'à des traitements médicaux et pharmacologiques. Elle peut également effectuer des évaluations de nature médico-légale. Des services de réadaptation sont offerts à la personne dans le but de développer ou restaurer les compétences nécessaires à son autonomie.

Ainsi, l'équipe du G2200 prodigue les soins et services nécessaires à la stabilisation des épisodes de crise afin de prévenir une détérioration plus importante et favoriser une réintégration dans le milieu de vie. Pour y parvenir, elle travaille en étroite collaboration avec la Direction des programmes DI-TSA et déficience physique (DDITSADP).

Cette unité détient un mandat suprarégional, c'est-à-dire qu'elle peut accueillir des personnes en provenance de l'Est-du-Québec.

## 2.8 Équipe de réinsertion sociale en santé mentale

L'équipe de réinsertion sociale en santé mentale a pour mission de soutenir de façon transitoire le retour dans la communauté des personnes ayant terminé une période d'hospitalisation en psychiatrie. L'équipe vise à ce que la personne puisse transposer dans la communauté les gains réalisés lors du séjour hospitalier ainsi qu'à prévenir une éventuelle rechute. L'accompagnement et les interventions de réadaptation dans le milieu naturel de la personne favorisent la reprise des rôles sociaux. La durée moyenne des suivis est d'environ deux mois en fonction des besoins de la personne et prennent fin lorsqu'elle atteint ses objectifs, amorce un suivi avec un autre service ou l'apport de l'équipe n'est plus souhaité.

Dans le cadre d'un partenariat avec l'organisme Lauberivière, l'équipe est également sollicitée lorsqu'une personne est admise dans le secteur « Rétablissement » de l'organisme (hébergement transitoire à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie) et qu'elle ne bénéficie d'aucun suivi psychosocial.

## 3. Continuum des troubles mentaux graves

Les personnes qui présentent les caractéristiques suivantes sont orientées vers le continuum des troubles mentaux graves.

Ces personnes ont un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans l'un des trois domaines suivants :

- Les relations interpersonnelles;
- Les compétences sociales de bases;
- La capacité fonctionnelle dans la réalisation/production d'un travail.

Il s'agit d'une incapacité significative, sévère, prolongée, durable ou persistante. Une proportion élevée de personnes atteintes de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques (graves ou NS) présentent ce niveau d'incapacité.

En ce qui a trait aux personnes atteintes d'un trouble bipolaire, d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, la majorité de ces personnes doivent être orientées vers le continuum des troubles mentaux courants. Cependant, certaines de ces personnes (exceptions) peuvent être orientées vers les troubles mentaux graves si :

- Les épisodes de décompensation sont fréquents ou récurrents, et;
- Leur condition demeure instable de façon prolongée (3 ans et plus), et;
- Elles sont réfractaires au traitement psychiatrique traditionnel, et;
- Elles ont bénéficié d'un suivi auprès d'équipes spécialisées sans amélioration significative de leur condition, et;
- Elles sont à risques de détérioration de leur condition clinique et psychosociale et elles ont un niveau significatif d'incapacité tel que décrit plus haut.

### 3.1 Soutien et réadaptation dans le milieu

Dans la région de la Capitale-Nationale, les services de soutien et de suivi dans la communauté constituent un continuum de services visant la réadaptation et le maintien de la personne dans son milieu de vie. Selon ses besoins et son cheminement, une personne peut passer d'une intensité de services à une autre. Comme le rétablissement des personnes ne se fait pas toujours de façon linéaire, la transition d'une intensité de services à une autre est notamment rendue possible grâce à des équipes cliniques porteuses de modèles complémentaires, tels que le soutien de base non intensif (SBNI), le soutien d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif dans le milieu (SIM). Par ailleurs, le modèle de soutien d'intensité flexible (SIF), qui convient aux milieux de faible densité populationnelle est déployé dans la région de Charlevoix (voir section spécifique à Charlevoix).

Bien que les visées de rétablissement et de maintien dans la communauté soient les mêmes pour les modèles SBNI, SIV, SIM et SIF, ceux-ci diffèrent dans l'intensité des services qu'ils offrent aux personnes. L'intensité de service des équipes SIV et SBNI est généralement moins grande que celle des équipes SIM. Le SIF offre quant à lui toutes les intensités de services sur un territoire, c'est-à-dire qu'il regroupe les activités de traitement, de réadaptation et d'intégration sociale qui pourraient être dispensés par des équipes SIV et SIM.

#### 3.1.1 Soutien d'intensité variable (SIV) et Soutien de base non intensif (SBNI)

Le SIV offre des services de réadaptation psychosociale et d'accompagnement à des personnes présentant un trouble mental grave ou complexe (p. ex. troubles psychotiques, de l'humeur ou anxieux) nécessitant une intensité de service plus grande que celle offerte par les services

spécifiques (1<sup>re</sup> ligne). L'offre de service est balisée par un cadre de référence (MSSS, 2024).<sup>14</sup> Le MSSS est responsable de l'homologation des équipes SIV réalisée tous les trois à quatre ans.

Le SBNI s'adresse quant à lui à des personnes présentant des troubles mentaux généralement plus stables ou nécessitant habituellement une intensité de soutien moins grande que les personnes suivies par le SIV. Ces équipes travaillent en complémentarité et l'intensité de service offerte dans chacune d'elles est modulée en fonction des besoins de la personne. Ainsi, à titre d'exemple, une personne suivie par une équipe SBNI vivant un épisode durant lequel elle requiert plus de services ne sera pas transférée automatiquement vers une autre équipe. Son équipe clinique ajustera l'intensité et la fréquence du soutien offert le temps nécessaire. Les intervenants des équipes SIV-SBNI s'ajustent donc dans les limites des ressources disponibles aux besoins et aux aspirations des personnes en priorisant le lien de confiance établi avec celles-ci.

Les services des équipes SIV-SBNI sont organisés selon un modèle de « case management » c'est-à-dire qu'un intervenant pivot, qui entretient un lien privilégié avec la personne, travaille en interdisciplinarité avec les autres membres de l'équipe clinique. Ainsi, l'intervenant pivot s'assure que les services adéquats soient offerts à la personne, même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services. Le but des interventions est de soutenir et d'accompagner les personnes à long terme (de 2 à 3 ans), selon une fréquence de suivi modulable, afin qu'elles accèdent à une vie satisfaisante dans la communauté.

Ainsi, le MSSS reconnaît trois grands axes de services à ces équipes :

- La réadaptation psychosociale directement dans le milieu de vie de la personne ;
- La coordination de services afin de mettre la personne en contact avec différentes ressources nécessaires à son intégration dans la communauté, dont la famille et les proches ;
- Les interventions de démarchage (*outreach*) qui permettent d'aller de façon proactive vers les personnes là où elles se trouvent dans le but d'établir des liens de confiance, de réaliser des interventions et de les accompagner vers les services et les ressources appropriés.<sup>15</sup>

Les équipes SIV-SBNI sont localisées dans la région de la Capitale-Nationale sur les territoires de Québec métropolitain et de Portneuf, tandis que le soutien d'intensité flexible (SIF) est offert sur le territoire de Charlevoix. La durée moyenne de l'épisode de soins et de services SIV-SBNI est de deux ans à raison de 2 à 7 rencontres par mois.

### 3.1.2 Équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM)

Les équipes SIM ont pour mission d'offrir des services de traitement, de réadaptation psychosociale et de maintien dans le milieu de vie à des personnes qui présentent des troubles mentaux graves dont la condition est instable et fragile. Pour les maintenir dans la communauté, elles requièrent le soutien d'une équipe interdisciplinaire ainsi qu'une intensité de service élevée sur une période prolongée. Les interventions visent l'amélioration de la qualité de vie et le rétablissement de la personne, de même que la réduction du recours à l'hospitalisation ou la diminution de sa durée. Bien que les interventions s'effectuent généralement dans la communauté, les intervenants

---

<sup>14</sup> Cadre de référence – Soutien d'intensité variable (SIV), MSSS (2024) ISBN 978-2-550-97501-4 (PDF)

<sup>15</sup> <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/soutien-intensite-variable>



maintiennent leur implication durant une période d'hospitalisation. L'unité de soins J2000 de l'IUSMQ est spécifiquement dédiée aux personnes utilisatrices des services du SIM.

Parmi les activités de réadaptation offertes par les équipes du SIM se retrouvent par exemple :

- L'aide à la gestion de la médication ;
- L'aide à la gestion des avoirs financiers ;
- Du soutien dans les activités de la vie quotidienne et les tâches domestiques ;
- L'aide pour la recherche de logement et d'emploi ;
- L'accompagnement aux rendez-vous médicaux ;
- L'enseignement sur la maladie et sur les droits des patients et patientes ;
- L'aide à la résolution de crises psychosociales.<sup>16</sup>

Il est à noter qu'une des six équipes SIM est particulièrement impliquée auprès des personnes marginalisées ou en situation d'instabilité résidentielle.

### 3.2 Programme pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) de la Clinique Notre-Dame des Victoires (CNDV)

Conformément au Cadre de référence du Programme pour premier épisode psychotique (MSSS, 2022), l'équipe clinique de la CNDV dispense des interventions précoces et intensives à de jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique.

Le PPEP a comme objectif de diminuer la durée d'une psychose non traitée et de réduire au minimum ses effets pour faciliter le développement optimal du jeune adulte. Concrètement, le programme vise le rétablissement fonctionnel de la personne, la rémission des symptômes, la prévention des déficits cognitifs, la réadaptation et la réalisation d'un projet de vie. « Plus la période entre les premiers symptômes de psychose et le début du traitement est courte, meilleur est le pronostic. La grande majorité des personnes qui vivent un PEP connaîtront une rémission de leurs symptômes psychotiques au cours de l'année qui suit le début du traitement.<sup>17</sup> »

Dans le cadre du PEPP, l'équipe interdisciplinaire guide, accompagne et soutient le jeune adulte dans le traitement de la psychose. Des services d'évaluation, de traitement pharmacologique, de psychothérapie et de suivi psychosocial sont adaptés aux phases de la psychose et du rétablissement de la personne. Un intervenant désigné comme gestionnaire de cas coordonne l'ensemble des services. Les interventions peuvent avoir lieu dans le milieu qui répond le mieux aux besoins des jeunes adultes que ce soit dans les bureaux de la CNDV, dans des lieux publics ou à leur domicile. La fréquence du suivi est également adaptée aux besoins de la personne allant de quelques fois par semaine à quelques fois par année pour une durée minimale de trois ans.

Enfin, l'équipe du laboratoire de Recherche Axée sur la personne et la PSyChOse : démarche intégrée aux soins (RAPPSODIS) exerce ses activités à même les locaux de la CNDV en collaboration avec l'équipe du PPEP. Les travaux de recherche visent entre autres à développer et à tester de

---

<sup>16</sup> <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental/suivi-intensif-dans-milieu>

<sup>17</sup> MSSS, 2022. Programmes pour premiers épisodes psychotiques - Cadre de référence

nouvelles approches de traitement des troubles psychotiques afin d'optimiser leur utilisation et de soutenir le rétablissement global des personnes qui doivent composer avec ces conditions.

### 3.3 Centre de services ambulatoires en SM (Centre de traitement le 388 St-Vallier)

L'équipe interdisciplinaire du 388, offre à des personnes souffrant de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique un traitement global issu d'une approche psychanalytique de la psychose. Ces services sont dispensés dans la communauté, au 388 rue Saint-Vallier à Québec.

La grande majorité des personnes utilisatrices du 388 ont déjà un historique d'épisodes de soins et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elles ont la plupart du temps vécu plusieurs séjours d'hospitalisation et des échecs dans le cadre de traitements conventionnels des troubles psychotiques.

Le traitement au 388 vise à favoriser chez les personnes la compréhension et la gestion des causes qui sous-tendent leurs difficultés, dans le but d'opérer les changements qui leur permettront d'accéder à une vie autodéterminée et active. De plus, le suivi et l'hébergement provisoire dispensés au 388 lors de situations de crise et de décompensation psychotique tendent à fournir aux personnes une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Ces services d'hébergement sont disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 durant toute l'année.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations diagnostiques et du fonctionnement social, assure les traitements pharmacologiques ainsi que les cures analytiques individuelles (psychothérapie d'approche psychanalytique). Dans le cadre d'un processus de réadaptation, les personnes peuvent être accompagnées dans leurs projets d'intégration sociale (autonomie dans le milieu de vie, retour aux études, retour à l'emploi, etc.) visant à restaurer ou maintenir leurs compétences. Des interventions à domicile peuvent avoir lieu.

### 3.4 Traitements complémentaires en psychothérapie pour troubles mentaux graves (TCP-TMG)

Le TCP-TMG offre des services de psychothérapies individuelles aux personnes ayant des troubles mentaux graves. Ce programme vise à favoriser une gestion optimale des symptômes psychotiques ou comorbides, ou à aider la personne à résoudre les conflits sous-jacents aux symptômes entraînant une détresse psychologique et une atteinte à son fonctionnement. À titre d'exemples, les interventions peuvent viser une diminution des hallucinations auditives, une remise en question des croyances délirantes, une diminution de symptômes anxieux ou dépressifs divers.

L'équipe est composée de psychologues. En moyenne, la personne bénéficie de quinze à vingt-cinq séances avec révision des objectifs selon une fréquence préétablie.

L'approche des psychologues et les techniques utilisées sont diverses et déterminées en tenant compte des besoins manifestés par les personnes. En début de suivi, les rencontres se font sur une base hebdomadaire afin de procéder à l'évaluation initiale et d'établir l'alliance thérapeutique. Par la suite, la fréquence des rencontres est ajustée en fonction des besoins.

### 3.5 Programme intégré de soutien à l'emploi (PISE)

PISE vise à aider les personnes qui présentent des troubles mentaux graves à intégrer le marché régulier du travail et à s'y maintenir. De plus, il vise à assurer un pairage optimal entre candidats et employeurs. Les participants au programme bénéficient d'une à deux rencontres par semaine pour une durée moyenne de 3 à 7 mois.

La mission du programme est donc de soutenir les personnes dans la recherche ou le maintien d'un emploi sur le marché régulier ou à les accompagner dans le cadre d'un retour en emploi après une absence prolongée. Les conseillers en emploi offrent des services de réadaptation et d'intégration socioprofessionnelle, permettant de développer et maintenir les habiletés nécessaires à une stabilité d'emploi.

Selon un modèle hybride, PISE propose une collaboration étroite entre la DSMDI et deux organismes communautaires, Le Pavois et Croissance-Travail. Ces services sont offerts dans la communauté.

### 3.6 Soutien et réadaptation en hébergement

#### 3.6.1 Ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF)

Les RI-RTF font partie intégrante du continuum résidentiel en santé mentale de la région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Portneuf et Charlevoix. Elles favorisent le maintien dans la communauté et l'intégration sociale des personnes atteintes d'une problématique de santé mentale en leur permettant de vivre dans une résidence plus encadrée qu'un milieu de vie autonome.

Bien que le milieu résidentiel et plusieurs services soient offerts par un promoteur ayant signé une entente avec le CIUSSSCN, la responsabilité de la qualité des services de la RI-RTF et des services professionnels rendus à la personne demeure celle de la DSMDI, en collaboration avec la Direction de l'évaluation, de la qualité et de l'éthique (DQÉPÉ). Le Cadre de référence sur les RI-RTF balise précisément ces responsabilités et précise que le but des services professionnels est de « dispenser à l'utilisateur ou s'assurer que soient dispensés à l'utilisateur, des services de qualité qui soient accessibles, continus, sécuritaires, efficaces, respectueux de ses droits et requis par sa condition et ses besoins » (MSSS, 2016, p. 131).

Dans ce contexte, lorsque la DSMDI confie une personne à une ressource, elle a la responsabilité d'évaluer ses besoins et de déterminer avec la DQÉPÉ l'ensemble des services requis à l'aide de *l'Instrument de détermination et de classification*. Cet outil clinique vise à définir les services de soutien et d'assistance que la ressource devra offrir à l'utilisateur à partir de l'évaluation de ses besoins et des objectifs convenus à son plan d'intervention.

L'élaboration et le suivi du plan d'intervention (PI, PSI) ou du plan de traitement infirmier (PTI), l'intégration de la personne dans la ressource ainsi que le suivi de l'application des services identifiés avec l'instrument de détermination et de classification font partie des responsabilités de l'équipe clinique permettant d'assurer ainsi le bien-être de la clientèle.

### 3.6.2 Résidence à assistance continue (RAC) en santé mentale

La RAC en santé mentale est un milieu d'hébergement sécuritaire et transitoire visant à offrir à ses résidents une reprise du pouvoir d'agir sur leur vie ainsi que l'opportunité de réintégrer la communauté après un séjour d'un à trois ans. La RAC est temporairement installée dans les locaux de l'IUSMQ.

Les résidents de la RAC en santé mentale présentent des troubles mentaux graves et persistants ainsi que des troubles graves du comportement, pour lesquels un niveau élevé d'encadrement professionnel est nécessaire. Ces personnes peuvent aussi présenter des problématiques de consommation de substances psychoactives de façon concomitante. La très grande majorité de ces personnes ont vécu dans différents types de milieux résidentiels, sans succès. Elles présentent néanmoins un potentiel de réadaptation et ont démontré une certaine mobilisation face à leurs problématiques.

L'équipe clinique assure ainsi le traitement de la condition physique et mentale des résidents, en plus de les soutenir dans leur processus de réadaptation. Elle accompagne ces personnes dans le développement de leurs forces, de leurs capacités, de leur autonomie (aux AVD-AVQ) et dans leur processus de rétablissement en vue de réaliser leur projet de vie résidentiel.

Une programmation d'activités diversifiées (activités culinaires, sports, sorties dans la communauté, zoothérapie, etc.) est élaborée. Des activités d'intégration sociale sont proposées (lieux publics, centres d'activités de jour, organismes communautaires, etc.) ainsi que du soutien à la réinsertion professionnelle, au maintien à l'emploi ou aux études.

Les résidents sont accompagnés dans l'élaboration d'un plan de transition vers un nouveau milieu résidentiel. Au besoin, l'équipe clinique réfère à des organismes communautaires offrant des services spécialisés en santé mentale.

### 3.6.3 Unités de réadaptation de longue durée H3100 et L3300

Les unités H3100 et L3300 de l'IUSMQ s'adressent à des adultes qui présentent des troubles mentaux graves et persistants, accompagnés ou non d'un TGC. Ces personnes qui nécessitent un encadrement en tout temps peuvent présenter un risque de dangerosité (autoagressivité, hétéroagressivité) incompatible avec les services offerts dans la communauté (ex. en RAC), en plus de troubles concomitants liés à la consommation de substances psychoactives. Elles ont souvent vécu plusieurs épisodes d'hospitalisation ainsi que la perte d'un milieu de vie dans la communauté.

Compte tenu du profil des personnes admises sur ces unités, deux environnements complémentaires sont offerts dont l'un est davantage sécurisé. Ces environnements sont ciblés en fonction des profils et des besoins des personnes. Les séjours peuvent varier d'un an pour les lits de courte durée à trois ans pour ceux de longue durée.

Le programme de réadaptation de ces unités dispense des soins et services visant à améliorer l'état mental ainsi qu'à développer l'autonomie et les habiletés nécessaires à un retour sécuritaire dans la communauté. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (habitudes de vie,

niveau de fonctionnement social, dangerosité, état physique et mental) de la personne admise. Elle assure les traitements pharmacologiques et les activités de réadaptation nécessaires au rétablissement de la personne. L'équipe l'accompagne et la soutient lors de son départ vers un nouveau milieu de vie à l'aide d'un plan de transition.

### 3.6.4 Unité de réadaptation active pour personnes âgées H6100 et K5100

#### Unité H6100

L'unité H6100 de réadaptation de longue durée en hébergement s'adresse à des personnes de plus de 55 ans qui présentent un trouble mental grave et persistant accompagné de troubles graves de comportement avec un risque de dangerosité (autoagressivité et hétéroagressivité) incompatible avec les services offerts dans la communauté. Ces personnes présentent de plus, une condition de santé mentale qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base.

La clientèle admise au H6100 nécessite un cadre hospitalier de longue durée (3 à 4 ans) permettant de soutenir une condition clinique complexe telle qu'une perte d'autonomie nécessitant des soins infirmiers et d'assistance aux AVQ-AVD. Cependant, ce n'est pas un critère obligatoire pour être admis sur cette unité. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (condition physique et mentale, fonctionnement social et niveau de risque) en plus d'assurer les traitements pharmacologiques et médicaux. Les activités de réadaptation visent à redonner l'autonomie et les habiletés permettant de réintégrer de façon sécuritaire un milieu de vie dans la communauté.

#### Unité K5100

L'unité de réadaptation active pour les personnes âgées de plus de 55 ans localisés au K5100 de l'IUSMQ accueille des adultes qui présentent un trouble mental grave et persistant accompagné de troubles graves de comportement avec un risque de dangerosité (autoagressivité et hétéroagressivité).

Les personnes admises au K5100 présentent de plus, une perte d'autonomie nécessitant des soins infirmiers et d'assistance aux AVQ-AVD ainsi qu'une condition de santé mentale qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les compétences sociales de base. Les durées moyennes de séjour à l'unité sont de 3 à 5 ans. Souvent réfractaires à la médication, ces personnes requièrent un cadre hospitalier permettant de soutenir une condition clinique complexe qui ne les rend pas admissibles aux milieux d'hébergement dans la communauté ou aux services de la direction SAPA.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations requises (condition physique et mentale, fonctionnement social et niveau de risque) en plus d'assurer les traitements pharmacologiques et médicaux. Les activités de réadaptation visent à redonner l'autonomie et les habiletés permettant de réintégrer de façon sécuritaire, un milieu de vie dans la communauté (ex. RI, RTF, RAC).

Pour les personnes atteintes d'une maladie grave et incurable dont l'état de santé se détériore vers un pronostic de fin de vie, l'équipe clinique élabore un plan de soins palliatifs permettant de leur

prodiguer des soins de confort en plus de leur offrir du soutien physique, affectif et social dans leur milieu.

### 3.6.5 Équipe fluidité

L'équipe fluidité a pour mandat de faciliter les transitions, les communications et les collaborations entre les unités d'hospitalisation et les différents milieux de vie ainsi qu'avec les différentes équipes dans la communauté. Elle intervient principalement dans les RI-RTF, mais peut être impliquée dans certains dossiers sur demande en fonction des besoins propres de la clientèle.

Lorsque l'équipe traitante d'une unité considère qu'une personne est prête à intégrer un nouveau milieu de vie, l'équipe fluidité entre en jeu. Cette dernière contacte la personne, la future ressource d'hébergement et l'équipe externe afin d'évaluer leurs besoins respectifs. En suivi de ces démarches, elle précise à l'équipe traitante les éléments qui seront à travailler pour que la personne puisse intégrer le nouveau milieu de vie. L'équipe traitante continuera de soutenir la personne dans le développement de ses aptitudes jusqu'à ce qu'une place soit disponible.

Lorsqu'une offre de milieu de vie est imminente, l'équipe fluidité évalue l'évolution de la personne. Si les objectifs fixés au départ ne sont pas atteints, l'équipe s'implique en offrant des activités brèves de réadaptation afin que la personne puisse développer le niveau d'autonomie requis pour intégrer le milieu proposé.

Dans le but de favoriser une transition harmonieuse et une intégration réussie dans le nouveau milieu de vie, l'équipe poursuit son implication auprès du personnel en place (p. ex. RAC, RI-RTF) le temps nécessaire.

## 4. Continuum de psychiatrie légale

L'IUSMQ du CIUSSS de la Capitale-Nationale figure parmi les établissements désignés par l'*Arrêté ministériel concernant la désignation des lieux en vue de la garde, du traitement ou de l'évaluation d'un accusé ou d'un adolescent en application du Code criminel ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.

Ainsi, le service de psychiatrie légale de l'IUSMQ dispense les soins et services reliés à la garde, au traitement et à l'évaluation des adultes de la Capitale-Nationale visés par une ordonnance de la Cour du Québec ou une décision de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) du Tribunal administratif du Québec (TAQ).

### 4.1 Clinique carcérale en psychiatrie légale

La clinique carcérale en psychiatrie légale est la principale porte d'entrée des services, aux fins d'administration de la justice. Ce service de la DSMDI est responsable de coordonner la réalisation des expertises médico-légales ordonnées par les tribunaux, en collaboration étroite avec les psychiatres légistes.

La clinique reçoit des ordonnances d'évaluation de personnes en liberté ou en détention pour lesquelles une expertise médico-légale est requise pour déterminer leur aptitude à subir leur procès

ou leur responsabilité criminelle. Elle dessert principalement les ordonnances du district de la région 03 Capitale-Nationale, mais aussi exceptionnellement d'autres districts judiciaires. Selon le cas, le psychiatre légiste effectue l'évaluation à l'IUSMQ ou par téléconférence lorsque la personne est détenue à l'établissement de détention de Québec (ÉDQ).

Les psychiatres légistes procèdent aux évaluations médico-légales (aptitude, traitement forcé et responsabilité criminelle). Il existe deux types d'ordonnances d'évaluation :

- L'ordonnance d'évaluation en liberté - aptitude à subir son procès ou responsabilité criminelle : l'évaluation est réalisée par le psychiatre légiste au moyen d'un rendez-vous en clinique externe, à l'IUSMQ. Selon les besoins relatifs à la formulation de l'opinion médico-légale, plusieurs rencontres peuvent être nécessaires.
- Ordonnance d'évaluation en détention - aptitude à subir son procès ou responsabilité criminelle : sauf exception, l'évaluation est réalisée au moyen d'une rencontre en visioconférence, alors que la personne est détenue à l'ÉDQ. Cette rencontre permet au psychiatre légiste de déterminer si la personne doit être hospitalisée pour réaliser le mandat qui lui est confié. Si une période d'hospitalisation est nécessaire, la personne est admise à l'unité M2500.

L'épisode de services se termine lorsque le rapport d'évaluation est transmis à la magistrature et aux avocats.

## 4.2 Unités d'hospitalisation en psychiatrie légale M2500 et L4300

### 4.2.1 Unité M2500

L'équipe clinique de l'unité de soins en psychiatrie légale dispense les services d'évaluation aux fins d'administration de la justice. Le Tribunal peut ordonner une évaluation afin de déterminer si la personne, arrêtée par la sécurité publique et accusée d'un délit, est apte à subir son procès ou si elle est criminellement responsable. Cette ordonnance représente la porte d'entrée principale d'accès au service d'évaluation aux fins d'administration de la justice.

L'unité M2500 est désignée pour recevoir les personnes incarcérées pour qui une période d'hospitalisation est requise afin de procéder à l'évaluation demandée par les tribunaux judiciaires. Ainsi, les personnes incarcérées sont initialement évaluées sauf exception en visioconférence par les psychiatres légistes qui déterminent si l'hospitalisation est requise ou non afin de procéder au mandat qui leur a été confié. L'unité M2500 répond aux normes de la sécurité publique et peut ainsi accueillir des personnes en permission de sortie de l'établissement de détention de Québec.

L'unité M2500 offre un très haut niveau d'encadrement en raison de son environnement physique (SAS à l'entrée, 3 salles d'isolement, 18 lits divisés en deux sections séparées de 9 lits, objets dangereux contrôlés, décomptes et tournées sécuritaires, etc.) et de son ratio d'intervenants, incluant des agents d'intervention. En plus d'accueillir des personnes incarcérées, l'unité accueille aussi des personnes qui présentent une dangerosité active ou une désorganisation comportementale qui excède les capacités d'encadrement des autres unités de l'IUSMQ.

En plus de procéder aux évaluations médico-légales, de l'aptitude de la personne à subir son procès et de sa responsabilité criminelle, l'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations diagnostiques et de la dangerosité.

L'équipe assure les traitements pharmacologiques et médicaux en plus des soins infirmiers et des services professionnels (criminologie, ergothérapie et services psychosociaux). Des interventions individuelles et occasionnellement familiales sont offertes. Le traitement peut être forcé en vue de rendre la personne apte à subir son procès.

#### 4.2.2 Unité L4300

L'unité L4300 de l'IUSMQ est une unité de réadaptation intensive pour des adultes faisant l'objet d'un statut de détention en vertu de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), suite à un verdict d'incapacité à subir leur procès ou de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux. Cette unité assure une prise en charge complète de la personne durant son séjour.

Les services visent principalement à rétablir l'équilibre mental chez des personnes ayant un potentiel élevé de dangerosité et qui présentent de graves troubles de comportement. Afin de favoriser la réinsertion sociale des personnes, les interventions visent à diminuer les manifestations de comportements antisociaux, la responsabilisation des personnes à l'égard des délits commis et de leur maladie, ainsi que l'identification et l'utilisation de moyens pour prévenir la récidive et l'augmentation de leur autonomie au quotidien.

L'équipe procède aux évaluations de nature juridique, de la dangerosité et diagnostiques afin de déterminer la nature et la cause du problème et confirmer la présence d'un trouble mental. Elle assure le traitement pharmacologique, le suivi psychiatrique à une fréquence régulière et les traitements médicaux de type soins physiques.

Les personnes bénéficient de suivis à une fréquence régulière par des intervenants psychosociaux. Des interventions individuelles, de groupe, familiales et auprès de la communauté sont également offertes et des collaborations sont organisées avec différents partenaires pour compléter l'offre de services. De l'enseignement est dispensé sur la maladie et la prévention de la rechute.

L'équipe favorise la réadaptation intensive au moyen d'une programmation incluant divers intervenants psychosociaux (éducateurs spécialisés, travailleuse sociale, criminologue, ergothérapeute.) Des interventions de groupe sont offertes, notamment l'animation d'un groupe de prévention de la récidive criminelle (développement de connaissance et d'outils en lien avec les facteurs de risque et de protection à la récidive criminelle.) Les personnes peuvent développer des compétences et des habiletés nécessaires à la vie quotidienne et au retour dans la communauté en cohérence avec leurs capacités et leur statut légal. L'intégration sociale ou socioprofessionnelle (bénévolat, études, retour à l'emploi) est également soutenue.

#### 4.3 Résidence à assistance continue (RAC) en psychiatrie légale

Cette RAC intégrée au continuum des services de psychiatrie légale offre un milieu d'hébergement sécuritaire et transitoire à ses résidents. Bien que localisée temporairement dans les locaux de l'IUSMQ, elle favorise la reprise du pouvoir d'agir sur leur vie ainsi qu'une opportunité de réintégrer



la communauté. L'équipe interdisciplinaire de la RAC travaille à améliorer la santé mentale de ses résidents dans le but de prévenir des actes criminels ou violents envers autrui ou envers eux-mêmes. Les services offerts soutiennent l'administration de la justice auprès de personnes judiciairisées qui ont un trouble mental en offrant une programmation complète de réadaptation psychiatrique et de réinsertion sociale par les études, le travail ou la participation à des activités communautaires.

L'équipe interdisciplinaire détenant l'expertise et la formation nécessaire en TGC ainsi qu'en dépendance offre aux résidents des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation. La personne peut également bénéficier d'une consultation médicale ponctuelle pour la gestion de crise incluant l'ajustement et le suivi pharmacologique.

Les services de réadaptation spécialisée en psychiatrie légale sont adaptés en fonction des huit principaux facteurs de risque criminogènes (Big Eight) :

- Une personnalité ou un tempérament antisocial ;
- Une cognition antisociale ;
- Des pairs antisociaux ;
- Des stressseurs personnels/familiaux ;
- La toxicomanie ;
- L'absence d'emploi ;
- Le manque d'éducation ;
- L'oisiveté ;

L'équipe élabore avec la personne et son entourage, des plans d'intervention et de prévention des rechutes. Les interventions visent le développement, la restauration et le maintien des forces, des compétences et des habiletés de la personne. Des actions sont posées en vue de soutenir la réinsertion professionnelle et le rattachement scolaire ou le maintien des études.

#### 4.4 Programme d'accompagnement justice santé mentale de Québec (PAJ-SM) et Intervention multisectorielle programmes d'accompagnement à la cour municipale (IMPAC)

La DSMDI agit comme partenaire dans deux programmes d'accompagnement en justice s'inscrivant à des niveaux judiciaires distincts, soit PAJ-SM au Palais de justice de Québec et IMPAC à la Cour municipale. Ces services spécialisés sont dispensés dans la communauté.

Le PAJ-SM est né d'un projet pilote impliquant des acteurs de la sécurité publique, du milieu judiciaire et de la DSMDI. Ce programme est destiné aux personnes présentant un problème de santé mentale ou une condition neurodéveloppementale les rendant plus vulnérables et qui doivent comparaître à la Cour du Québec - district de Québec.

La ville de Québec est responsable du Programme tribunal à trajectoire spécifique (PTTS), une composante d'IMPAC qui facilite l'accompagnement des personnes impliquées dans un processus judiciaire à la Cour municipale. En partenariat avec la Ville de Québec et l'organisme communautaire PECH, les intervenantes de la DSMDI offrent des services de liaison et d'accompagnement en justice.

Les intervenantes de la DSMDI travaillant au sein des programmes PAJ-SM et IMPAC font l'évaluation de la personne en plus de convenir d'un plan d'intervention. Elles procèdent aux références vers les services requis sur le plan psychologique, physique, criminogène ou autre. Elles assurent la liaison et entreprennent un suivi partagé avec l'ensemble des partenaires impliqués au dossier de la personne afin de leur offrir un traitement plus adapté. Cette collaboration entre les différents partenaires a pour objectif de prévenir les récidives et favoriser le rétablissement et la réinsertion sociale de la personne.

De plus, les intervenantes produisent divers documents (collectes de données, plan d'intervention, bilan pour la Cour, bilan final) en plus de faire des suivis, des recommandations et des accompagnements à la Cour. La durée et l'intensité de l'épisode de services varient selon les besoins, les étapes du processus judiciaire et les services en place. Souvent, les rencontres sont plus rapprochées lors de l'évaluation de départ et ensuite, elles sont ajustées selon les besoins d'accompagnement en justice.

## 5. Cliniques externes de psychiatrie

### 5.1 Cliniques externes de psychiatrie générale

Les cliniques externes de psychiatrie générale offrent des services ambulatoires d'évaluation, de traitement et d'intervention pour les adultes qui présentent des troubles ou problèmes de santé mentale modérés ou graves, chroniques ou complexes dont les symptômes sont susceptibles d'entraîner un dysfonctionnement sévère ou un risque de détérioration important de l'état mental. L'accès se fait sur référence d'un psychiatre.

La DSMDI compte trois cliniques externes de psychiatrie générale, deux sont situées à l'IUSMQ (l'une d'elles était auparavant située à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ)) et la troisième au CHUL. Ces cliniques visent à aider les personnes à stabiliser et à prévenir la détérioration de leur état mental, à rétablir leur fonctionnement et à instaurer ou consolider un filet de sécurité. En plus de leur suivi avec un psychiatre, les personnes peuvent recevoir des services d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitement médical et pharmacologique en plus de soins et services professionnels. Elle peut procéder à des références vers les services du réseau de la santé et des services sociaux ou du milieu communautaire en plus d'assurer la liaison avec les autres professionnels impliqués auprès de la personne (médecin de famille, organismes communautaires).

**Gestion de la clozapine** : La clozapine est un médicament sur ordonnance principalement utilisé pour le traitement symptomatique de la schizophrénie réfractaire. Les personnes admissibles aux services de la coordination clozapine doivent bénéficier d'un suivi psychiatrique d'une clinique externe tels que la clinique externe de psychiatrie générale, du centre de traitement le Faubourg Saint-Jean, de la clinique externe de psychiatrie en DI-TSA ou d'un suivi médicolégal.

L'infirmière clinicienne de la coordination clozapine a une connaissance approfondie de la molécule et de la surveillance de ses effets. Ainsi elle procède aux analyses hématologiques requises et

assure les suivis auprès de l'équipe traitante et de la personne selon la situation. Elle accompagne et conseille les équipes cliniques sur les processus d'évaluation, les effets indésirables, les interactions et les signes de toxicité. Elle soutient l'application des protocoles et des ordonnances collectives, en plus d'assurer un rôle d'intervenant pivot auprès des partenaires et des équipes traitantes.

## 5.2 Clinique externe de gériopsychiatrie

La clinique externe de gériopsychiatrie a pour mandat d'évaluer et d'offrir un suivi en externe aux personnes âgées présentant une problématique psychiatrique complexifiée par le vieillissement. L'équipe interdisciplinaire de la clinique est interpellée lorsque les équipes cliniques des services spécifiques et spécialisés requièrent des précisions diagnostiques ou du soutien concernant un traitement pharmacologique pour des personnes âgées ayant des profils cliniques complexes.

La clientèle présente de nombreuses comorbidités impliquant notamment des facteurs biologiques liés au vieillissement, des pluridiagnostics (physique et psychiatrique), des troubles neurocognitifs en plus des éléments de vulnérabilité reliés à des facteurs psychosociaux spécifiques aux personnes âgées.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitement médical et pharmacologique en plus de soins et services professionnels. Les évaluations ainsi que les suivis infirmiers et psychosociaux sont généralement offerts dans le milieu de vie de la personne. Une infirmière clinicienne réseau (ICR) analyse les demandes de consultation en provenance du centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), produit les évaluations gériopsychiatriques et soutient les partenaires en effectuant des consultations en gériopsychiatrie.

## 5.3 Clinique externe en déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

La clinique externe en DI-TSA offre un suivi en psychiatrie aux personnes ayant un diagnostic de DI ou de TSA et qui présentent également un problème de santé mentale pouvant être associé ou non à un trouble grave du comportement. Ces personnes résident dans la communauté et leur suivi peut s'échelonner sur de longues périodes.

L'équipe clinique composée de trois psychiatres peut intervenir en amont ou en aval d'une hospitalisation en unité de soins. Elle procède aux évaluations diagnostiques et de la dangerosité de la personne en plus de dispenser des traitements pharmacologiques et médicaux. L'équipe oriente et réfère vers les ressources appropriées (soins infirmiers, service de prélèvements et injections (SPI) et service pour le traitement avec clozapine).

Les psychiatres de la clinique externe en DI-TSA travaillent en collaboration avec le réseau de la personne (famille, intervenants, personnel de la RI-RTF, etc.) et les équipes cliniques de la direction des programmes Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DDITSADP), notamment en assurant un service-conseil. Au besoin, l'ASI, le psychoéducateur et la travailleuse sociale de l'unité de soins G2200 apportent leur collaboration de même que les

neuropsychologues ayant une expertise en DI-TSA de la Clinique d'évaluation et d'interventions cognitive.

À la fin d'un séjour à l'unité de soins psychiatriques G2200, les personnes sont fréquemment référées à la clinique externe afin de poursuivre leur suivi post-hospitalisation dans la communauté.

## 6. Cliniques spécialisées pour clientèles spécifiques

### 6.1 Clinique des troubles sexuels (CTS)

La clinique des troubles sexuels évalue et traite les adultes présentant une souffrance ou une altération du fonctionnement en lien avec des intérêts sexuels ou conduites sexuelles paraphiliques, un trouble hypersexuel ou encore un trouble du comportement sexuel compulsif. Les soins et les services offerts à la CTS sont axés sur le rétablissement, la diminution du risque de récurrence et l'amélioration de la qualité de vie de la personne.

L'équipe interdisciplinaire de la CTS vise à ce que les conduites sexuelles inappropriées soient prévenues et détectées précocement. Par l'intermédiaire d'une intervention efficace, elle favorise l'adoption d'un fonctionnement adapté aux valeurs sociales actuelles et satisfaisant pour la personne, lui permettant ainsi de vivre en société avec respect et dignité.

L'équipe réalise diverses évaluations spécialisées :

- Expertise spécialisée en délinquance sexuelle demandée par la Cour;
- Expertise pour la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin d'évaluer le risque de récurrence ou le risque sérieux d'abus sexuel d'une personne en autorité parentale;
- Évaluation sexologique visant à confirmer ou à exclure la présence d'un trouble hypersexuel ou d'un trouble du comportement sexuel compulsif;
- Évaluation du fonctionnement social.

Les soins et services suivants sont offerts en fonction des problématiques :

- Inconduites sexuelles et intérêts sexuels paraphiliques : groupes de psychothérapie offerts à des individus, judiciairisés ou non, ayant commis une inconduite sexuelle ou ayant un intérêt sexuel paraphilique ou ayant consommé de la pornographie juvénile;
- Trouble hypersexuel ou du comportement sexuel compulsif : programme de traitement pour les individus souffrant de comportements sexuels incontrôlables;
- Accompagnement pour les personnes en attente d'une sentence : accompagnement individuel à des personnes aux prises avec des démêlés judiciaires, dans le contexte d'une problématique sexuelle;
- Services offerts pour toutes les clientèles admissibles à la CTS : groupe d'accueil visant à développer une motivation à changer les comportements sexuels nuisibles, ateliers psychoéducatifs offerts en groupe ainsi que différents types de suivis professionnels.

De plus, l'équipe interdisciplinaire contribue à l'enseignement, au développement et au transfert d'expertise. Elle s'investit également dans l'avancement des connaissances par la recherche clinique et évaluative.

## 6.2 Clinique de psychiatrie périnatale

Le Programme de psychiatrie périnatale offre des services spécialisés destinés aux femmes qui présentent :

- Un trouble de santé mentale post-partum (dépression, psychose, trouble d'adaptation) jusqu'à 2 ans après le terme de la grossesse;
- Un trouble de santé mentale en étant enceinte ou en désirant le devenir;
- Des antécédents personnels ou familiaux de trouble de santé mentale en étant enceinte ou en désirant le devenir;

Et qui ne peuvent être prise en charge par les services habituels de première ou deuxième ligne de par la spécificité et la sévérité des difficultés présentées.

La clinique dispose d'une équipe interdisciplinaire qui offre des services d'évaluation, de traitements, de suivis infirmiers et psychologiques durant toute la période périnatale. Les soins et services sont dispensés en étroite collaboration avec les autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Le mandat du programme se subdivise en différents volets :

- L'évaluation et le traitement interdisciplinaire;
- L'expertise et le soutien clinique au réseau de la santé et des services sociaux;
- L'enseignement et la recherche.

Les visées du programme incluent l'implantation et l'essor des services en psychiatrie périnatale dans la communauté, l'éducation préventive et l'enseignement, tout en promouvant l'évaluation des services cliniques déjà offerts.

## 6.3 Clinique pour le traitement du stress opérationnel (TSO)

Cette clinique fait partie du réseau des cliniques pour blessures liées au stress opérationnel (BSO) déployées à travers le Canada. Cette ressource de soins en santé mentale a pour mission d'offrir des services d'évaluation et de traitement aux vétérans, ainsi qu'aux membres en processus de libération des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, de même qu'à leur famille et à leurs proches.

Les services ciblent exclusivement :

- Les troubles psychiatriques ou les difficultés psychologiques qui découlent d'une blessure liée au stress opérationnel (trouble de stress post-traumatique, dépression majeure, troubles anxieux, troubles liés à l'utilisation de substances);
- Les problèmes psychosociaux et environnementaux ayant une incidence sur l'atteinte des objectifs de réadaptation des personnes référées.

L'équipe interdisciplinaire offre des services d'évaluation, de traitements psychiatriques et pharmacologiques, ainsi que des soins et services professionnels (infirmiers, psychologiques, psychosociaux), dans un but de prévention et de soutien aux personnes visées.

Les suivis se font en collaboration avec différents partenaires de la communauté qui proposent des ressources complémentaires et adaptées aux besoins des personnes. En plus du volet clinique, on y offre des activités d'enseignement, de supervision, de formation et de recherche. Des services sont aussi accessibles aux proches tels que des consultations psychosociales, des références aux services généraux et spécifiques en santé mentale.

Localisée dans la communauté sur le territoire de la ville de Québec, la clinique TSO dessert tout l'Est-du-Québec, notamment à l'aide d'une clinique satellite dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean offerte en partenariat avec le CIUSSS de cette région.

## 6.4 Programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA)

Le programme d'intervention des troubles des conduites alimentaires (PITCA) est un service d'évaluation et de traitement des troubles des conduites alimentaires. Les soins et services sont offerts en clinique externe, dans le cadre d'un programme de jour et au besoin, dans une unité de soins aigus au CHUL. Le programme a pour objectif d'aider et soutenir les personnes qui présentent des symptômes liés à l'anorexie ou à la boulimie et celles dont les préoccupations alimentaires mènent à une détresse émotionnelle ou à des difficultés fonctionnelles dans la vie quotidienne. Environ 80 % des personnes utilisant les services de PITCA sont des femmes de 18-25 ans. L'équipe interdisciplinaire assure les évaluations spécialisées, les traitements et les suivis suivants :

### Traitements :

- Pharmacologique
- Réalimentation
- Stabilisation et suivi médical
- Psychothérapie individuelle ou en groupe

### **Services professionnels**

- Thérapie de groupe, individuelle ou familiale
- Enseignement sur la maladie
- Rencontres motivationnelles
- Groupes (d'information nutritionnelle, psychoéducatif sur les troubles alimentaires, d'habiletés sociales, de relaxation)
- Réadaptation nutritionnelle (individuelle ou en groupe)
- Réadaptation par le développement, la restauration et le maintien des compétences et des habiletés

## 7. Services transversaux en santé mentale

### 7.1 Clinique Pôle santé mentale

La clinique Pôle santé mentale a pour mission de prendre en charge temporairement ou de manière ponctuelle, les personnes n'ayant pas de médecin, qui sont connues des services de la DSMDI ou qui présentent des symptômes ou un diagnostic de santé mentale. Elle intervient à court terme dans des situations liées à des conditions de santé physique ou de santé mentale. Elle est située dans les locaux du Centre d'hébergement Christ-Roi à Québec.

Cette clinique a les mêmes objectifs de prise en charge et de suivis qu'un GMF, mais avec une équipe entièrement composée de professionnels (travailleurs sociaux, pharmacienne, infirmières cliniciennes, psychologue, IPSSM et IPSPL), ce qui en fait un projet novateur. L'objectif est de mettre à profit les compétences professionnelles, dans un contexte élargi de leur champ de pratique, afin de répondre aux besoins réels de la personne en attendant l'attribution d'un médecin de famille ou la prise en charge dans un GMF.

L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations pertinentes afin d'assurer des soins et services à court terme. Par exemple, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent diagnostiquer certaines conditions mentales et physiques. La présence d'une pharmacienne spécialisée en santé mentale, détenant un rôle élargi, permet d'introduire et d'ajuster une médication. Un suivi psychosocial ou une psychothérapie brève peuvent aussi être initiés. Enfin, l'équipe interdisciplinaire réfère vers les services appropriés selon les besoins.

La collaboration entre les différentes directions du CIUSSSCN est essentielle pour en arriver à des résultats optimaux. Cette organisation des services amène une flexibilité, une pertinence et une continuité dans l'offre, favorisant une prise en charge intégrée et adaptée à la condition de santé mentale et physique des personnes.

### 7.2 Clinique d'évaluation et d'intervention cognitive

La clinique d'évaluation et d'intervention cognitive offre des services spécialisés d'évaluation, d'intervention cognitive et de consultation. Les psychologues et neuropsychologues de la clinique travaillent en soutien aux équipes cliniques de la DSMDI, dans le cadre de situations cliniques complexes.

L'implication d'un neuropsychologue ou d'un psychologue peut être requise en deuxième intention pour l'évaluation de personnes qui présentent un tableau psychopathologique ambiguë. Le neuropsychologue peut également intervenir dans le but d'identifier chez une personne des cibles et des leviers d'interventions ou encore lorsqu'il est jugé qu'elle pourrait bénéficier d'interventions neuropsychologiques.

Les mandats confiés aux professionnels de la clinique varient en fonction des besoins et caractéristiques des personnes référées.

En voici quelques exemples :

- Contribuer au diagnostic différentiel ou à l'évaluation des troubles mentaux ou neuropsychologiques, en vue de mieux comprendre la problématique et d'orienter le traitement;
- Dresser le profil cognitif d'une personne (forces et difficultés) en vue de faire des recommandations pour ajuster l'intervention et le traitement;
- Effectuer des interventions neuropsychologiques;
- Évaluer, en collaboration avec d'autres professionnels, les prérequis cognitifs reliés à la gestion des biens ou de la personne, au consentement à un soin spécifique, à l'élaboration d'un testament, à la conduite automobile, au retour aux études ou au travail, ainsi que la comparution à un procès.

Les bureaux des professionnels de la clinique se trouvent à l'IUSMQ et au CHUL. En fonction des besoins de la personne référée, les professionnels peuvent aussi se déplacer à son domicile ou sur l'unité de soins où elle séjourne pour réaliser une évaluation ou des interventions.

### 7.3 Programme de santé globale et de loisirs

Le programme Santé globale et de loisirs a pour mission d'offrir aux personnes ayant un trouble de santé mentale associé à une ou des comorbidités physiques, des services intégrés, préventifs et curatifs, en santé physique et adaptés à leur réalité ainsi qu'à la complexité de leurs besoins. Les personnes admissibles au programme présentent des symptômes persistants ou récurrents qui entravent leur capacité à recevoir des services de soins physiques ailleurs dans le réseau.

La mission de ce programme est de contribuer au mieux-être ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie des personnes ciblées. Par ses activités, ce programme vise l'amélioration globale ainsi que le maintien de la condition physique et mentale des participants au programme. Les services sont dispensés dans la communauté ainsi qu'à l'IUSMQ.

L'équipe interdisciplinaire assure, à la personne inscrite au programme, des services de consultation, d'évaluation, de traitement et de suivi. Des activités thérapeutiques individualisées et de groupe sont offertes aux personnes hospitalisées ainsi qu'en externe. Des services de physiothérapie, d'ergothérapie, de kinésiologie et de nutrition clinique sont aussi dispensés en clinique externe. De plus, l'équipe interdisciplinaire accompagne et soutient la clientèle lors de l'intégration des services dans la communauté (loisirs, activités physiques et saine alimentation).

Des programmes spécifiques sont également accessibles selon certains critères :

- Club Hors-piste : en collaboration avec l'organisme Le Pavois, il offre des activités sportives et de plein air, d'intensité modérée à élevée, pour des personnes de 18 à 34 ans;
- Tremplin : ateliers intégrés sur la santé globale en collaboration avec un partenaire de la communauté.

### 7.4 Service de prélèvements et d'injection (SPI)

Situé dans les locaux de l'IUSMQ, le SPI s'adresse à des personnes qui présentent un trouble de santé mentale modéré ou grave, complexe ou chronique, en plus de difficultés à collaborer à leur



traitement ou qui sont considérées vulnérables. Comme ces personnes adhèrent plus difficilement à leur traitement et rencontrent des défis au niveau des déplacements et du respect des horaires, elles nécessitent un niveau d'encadrement ou de flexibilité supérieur à ce qui est offert par les services courants (CLSC). À moins d'exception, ces personnes sont suivies par un psychiatre de l'IUSMQ.

L'équipe clinique exécute les ordonnances médicales d'injections intramusculaires d'antipsychotiques. Elle fait les bilans sanguins nécessaires au suivi des équipes traitantes et effectue à l'occasion d'autres injections requises par la clientèle (p. ex. Dépo-provera). Elles offrent un cadre plus flexible aux personnes ayant une moins grande autonomie fonctionnelle en leur permettant notamment d'arriver à l'heure qui leur convient le jour du rendez-vous, en recevant leur médication de la pharmacie communautaire et en faisant la liaison avec les équipes traitantes lorsque la personne ne se présente pas à son rendez-vous.

## 7.5 Vincent et moi

Le programme Vincent et moi accompagne et soutient l'engagement artistique des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Ce programme reconnaît les bienfaits de l'art en contribuant au développement, au bien-être et au rétablissement des personnes.

Le programme Vincent et moi agit principalement sur trois axes :

- Accompagnement artistique et soutien de l'engagement artistique des personnes : différentes formes de soutien sont apportées telles que des suivis individualisés, des ateliers de création, des cours/perfectionnement, des projets artistiques thématiques, de l'aide à des projets d'exposition et de l'intégration socioprofessionnelle ;
- Groupes d'Art-thérapie : interventions thérapeutiques utilisant l'art comme moyen d'expression, de découverte et de transformation de soi dans une perspective de mieux-être et de rétablissement ;
- Médiation culturelle : déploiement de pratiques artistiques et culturelles innovantes dans le but de créer des échanges et des ponts entre les artistes, les milieux de soins et les citoyens.

Le programme Vincent et moi est offert dans les locaux de l'IUSMQ par un thérapeute par l'art, soutenu par une équipe administrative.

## 8. Particularités régionales

### 8.1 Territoire de Portneuf

Les équipes de la DSMDI œuvrant dans la région de Portneuf offrent un continuum de services en santé mentale, harmonisé aux services de la direction, mais adapté aux besoins de la population ainsi qu'à la réalité géographique du territoire. Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région.

Services spécifiques en santé mentale : dispensés dans les quatre sites du CIUSSSCN de la région de Portneuf, les services spécifiques en santé mentale sont des services de première ligne destinés

à des adultes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Des services psychosociaux et de psychothérapie sont offerts de façon individuelle. Des services de groupe psychothérapeutiques, de soutien et d'éducation psychologique sur la santé mentale sont aussi offerts par les équipes en place.

Module Évaluation-liaison (MEL) : le territoire de Portneuf compte sur les services d'une infirmière répondante en psychiatrie ; son rôle consiste à :

- Offrir une structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation ;
- Évaluer les besoins relatifs aux demandes pour une première consultation en psychiatrie en provenance des médecins de famille ;
- Offrir la bonne trajectoire de services en collaboration avec les partenaires pour assurer la réponse aux besoins prioritaires de l'utilisateur.

Équipe de crise : services d'intervention aux adultes qui présentent un état de détresse, qui vivent ou en voie de vivre une crise ou un épisode de désorganisation. Les crises vécues peuvent être de nature psychosociale, psychiatrique, suicidaire, homicidaire ou traumatique. Pour éviter une détérioration de leur état, ces personnes requièrent une prise en charge immédiate par un intervenant.

Intervenante en milieu policier : une entente de services a été conclue entre le CIUSSSCN et la Sûreté du Québec (SQ) en vue de soutenir les policiers dans les interventions menées auprès de personnes ayant des problématiques de santé mentale. L'intervenante en milieu policier de Portneuf exerce un rôle-conseil auprès des policiers afin de les outiller dans leurs interventions auprès de la population visée. Elle peut également les accompagner lors d'interventions policières afin d'intervenir directement auprès des personnes.

Ce projet vise à :

- Développer de nouvelles pratiques afin que les interventions policières soient mieux adaptées aux besoins de la population cible ;
- Favoriser la complémentarité des interventions de la SQ avec celles des partenaires du RSSS qui interviennent auprès de la population cible ;
- Éviter la multiplication des interventions policières et réduire leur durée en améliorant la qualité et l'uniformité des interventions et en favorisant la concertation des différents acteurs concernés.

Équipe de suivi d'intensité variable (SIV), de soutien de base non intensif (SBNi) et programme pour premier épisode psychotique (PPEP) : services psychosociaux et de réadaptation dans le milieu de vie à des adultes qui présentent des troubles de santé mentale modérés, graves ou complexes et dont l'état mental est assez stable pour rester dans la communauté, mais dont le fonctionnement quotidien est altéré. Le but de leurs interventions est de soutenir et d'accompagner les personnes à long terme selon une fréquence de suivi modulable afin qu'elles accèdent à une vie satisfaisante dans la communauté.

En ce qui concerne le PPEP, l'équipe clinique de Portneuf assure les suivis psychosociaux aux jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique de concert avec la CNDV pour les suivis psychiatriques.

Services en RI-RTF : Soins et services cliniques dispensés aux personnes confiées à une RI ou une RTF en santé mentale du territoire de Portneuf. L'équipe clinique soutient la personne ainsi que le personnel du milieu de vie dans le cadre de l'intégration résidentielle en élaborant notamment les plans d'intervention (volet psychosocial) et les plans thérapeutiques infirmiers (volet infirmier) permettant d'assurer les suivis multidisciplinaires cohérents avec les besoins exprimés et observés. (Voir description p. 43)

## 8.2 Territoire de Charlevoix

Les équipes de la DSMDI du territoire de Charlevoix offrent un continuum de services en santé mentale à la population qui y réside. Ces services en santé mentale visent à répondre aux besoins des personnes présentant des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère, modérée ou sévère. Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans sa région.

Services spécifiques en santé mentale (1<sup>re</sup> ligne) : dispensés aux CLSC de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie, les services spécifiques en santé mentale sont des services de première ligne destinés à des adultes qui présentent des symptômes ou des troubles mentaux d'intensité légère à modérée. Des suivis psychosociaux, de la psychothérapie ainsi que des groupes de soutien et d'éducation psychologique sur la santé mentale sont offerts par les équipes en place.

Clinique spécialisée : L'équipe de la clinique spécialisée offre des suivis psychosociaux et psychiatriques individuels ou en groupe à des personnes qui présentent un trouble mental modéré ou grave, complexe ou chronique, en plus de présenter une intensité de crise ou une instabilité de l'état mental suffisante pour qu'une admission dans une unité de soins ait été considérée si la clinique spécialisée n'avait pas été à leur disposition.

Les soins et services de la clinique spécialisée visent à réduire l'hospitalisation, voir l'éviter, en proposant une alternative. Les personnes doivent cependant démontrer la motivation nécessaire pour participer à la programmation clinique sur une base volontaire.

Unité de soins en psychiatrie générale : Cette unité située à l'hôpital de Baie-Saint-Paul offre des soins et services aux personnes qui présentent un trouble mental modéré ou grave, chronique ou complexe, en plus de présenter une intensité de crise ou d'instabilité de l'état mental, dont les besoins dépassent les services offerts dans la communauté, justifiant ainsi le recours à une hospitalisation de courte durée.

Le traitement pharmacologique, les services psychiatriques et psychosociaux offerts visent la stabilisation de l'état de la personne en vue d'un retour rapide dans la communauté en facilitant au besoin la transition vers des services spécifiques ou spécialisés (p. ex. HDJ, clinique externe, SIF). La durée moyenne d'hospitalisation est de 10 jours.

Suivi d'intensité flexible (SIF) : l'équipe du SIF offre des services de réadaptation et de traitement aux adultes qui présentent des troubles mentaux graves ou complexes dont l'état mental est assez stable pour rester dans la communauté, mais dont le fonctionnement quotidien est altéré.

Le SIF est une combinaison des modèles SIV et SIM, c'est-à-dire que les intervenants de l'équipe assurent un suivi de type SIV à la majorité des personnes et un suivi de type SIM aux quelques

personnes qui requièrent un suivi plus intensif. L'équipe interdisciplinaire offre de deux à sept rencontres par mois, selon les besoins. De plus, l'épisode de soins et de services peut varier de trois mois à plusieurs années.

En ce qui concerne le PPEP, l'équipe clinique de Charlevoix assure les suivis psychosociaux aux jeunes adultes de 18 à 35 ans qui présentent un premier épisode psychotique de concert avec l'unité de psychiatrie de Baie-Saint-Paul.

RTF en santé mentale : l'équipe interdisciplinaire assure les soins et services cliniques dispensés aux personnes confiées à une RTF en santé mentale du territoire de Charlevoix. L'équipe clinique soutient la personne ainsi que le personnel du milieu de vie, dans le cadre de l'intégration résidentielle en élaborant notamment les plans d'intervention (volet psychosocial) et les plans thérapeutiques infirmiers (volet infirmier) qui permettent d'assurer les suivis multidisciplinaires cohérents avec les besoins exprimés et observés.

Clinique externe en psychiatrie générale : la clinique externe en psychiatrie générale offre des services d'évaluation et de suivi en psychiatrie aux adultes qui présentent des symptômes associés à un trouble mental léger, modéré ou grave. Les psychiatres de la clinique externe offrent des consultations auprès des médecins de l'urgence générale des hôpitaux de La Malbaie et de Baie-Saint-Paul dans le but de déterminer la nécessité d'une évaluation psychiatrique pour des personnes en consultation à l'urgence et pour la présence d'enjeux de santé mentale soupçonnée.

De plus, l'infirmière de liaison de la clinique externe est responsable du module évaluation-liaison (MEL) pour le territoire de Charlevoix. Elle se charge de la collecte de données pour les demandes en psychiatrie en provenance du Centre de répartition des demandes de services (CRDS). Elle oriente les demandes en fonction des besoins identifiés vers d'autres services tels que l'hôpital de jour ou les équipes dans la communauté (première ligne ou SIF).

Intervenante en milieu policier : une entente de services a été conclue entre le CIUSSSCN et la Sûreté du Québec (SQ) en vue de soutenir les policiers dans les interventions menées auprès de personnes ayant des problématiques de santé mentale. L'intervenante en milieu policier de Charlevoix exerce un rôle-conseil auprès des policiers afin de les outiller dans leurs interventions auprès de la population visée (Charlevoix, Côte-de-Beaupré, Île-D'Orléans). Elle peut également les accompagner lors d'interventions policières afin d'intervenir directement auprès des personnes.

Ce projet vise à :

- développer de nouvelles pratiques afin que les interventions policières soient mieux adaptées aux besoins de la population cible ;
- favoriser la complémentarité des interventions de la SQ avec celles des partenaires du RSSS qui interviennent auprès de la population cible ;
- éviter la multiplication des interventions policières et réduire leur durée en améliorant la qualité et l'uniformité des interventions et en favorisant la concertation des différents acteurs concernés.



JOLIVET, Richard. *Autoportrait, no 1*, 2014. Acrylique sur toile  
Collection Vincent et moi. CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Partie 3 | Programme des services en Dépendances

Le continuum de service régional en dépendance est composé d'acteurs du réseau public de la santé et des services sociaux ainsi que de partenaires communautaires, privés et intersectoriels. L'offre de service s'appuie sur les orientations du *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 - Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*.

Étant donné que le présent document a pour objectif de présenter les services de la DSMDI, ceux offerts par ses partenaires ne seront pas décrits dans les prochaines pages à l'exception de ceux faisant l'objet d'une entente de service.

En cohérence avec les orientations ministérielles, les services offerts par le personnel de la DSMDI sont destinés aux personnes de 12 ans et plus, qui présentent un comportement à risque, un problème ou un trouble lié à l'utilisation de :

- substances psychoactives (SPA), alcool, drogue ou prise de médication à risque;
- jeux de hasard et d'argent (JHA);
- d'Internet/des écrans (UPI);

et qui souhaitent amorcer une réflexion, modifier, réduire ou cesser leurs habitudes.

De plus, une offre de service est spécifiquement dédiée aux membres de l'entourage des personnes qui présentent une problématique d'usage et ce, que la personne ayant un problème d'usage consulte ou non au CRDQ.

Les objectifs visés par les services en dépendance sont de :

- prévenir l'aggravation de l'usage;
- réduire les conséquences néfastes découlant de l'usage problématique;
- agir sur les facteurs ayant contribué au développement de la problématique;
- aider la personne à développer des stratégies permettant de modifier ses habitudes;
- soutenir une réflexion à entreprendre des changements et à maintenir de nouvelles habitudes de vie;
- améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes.

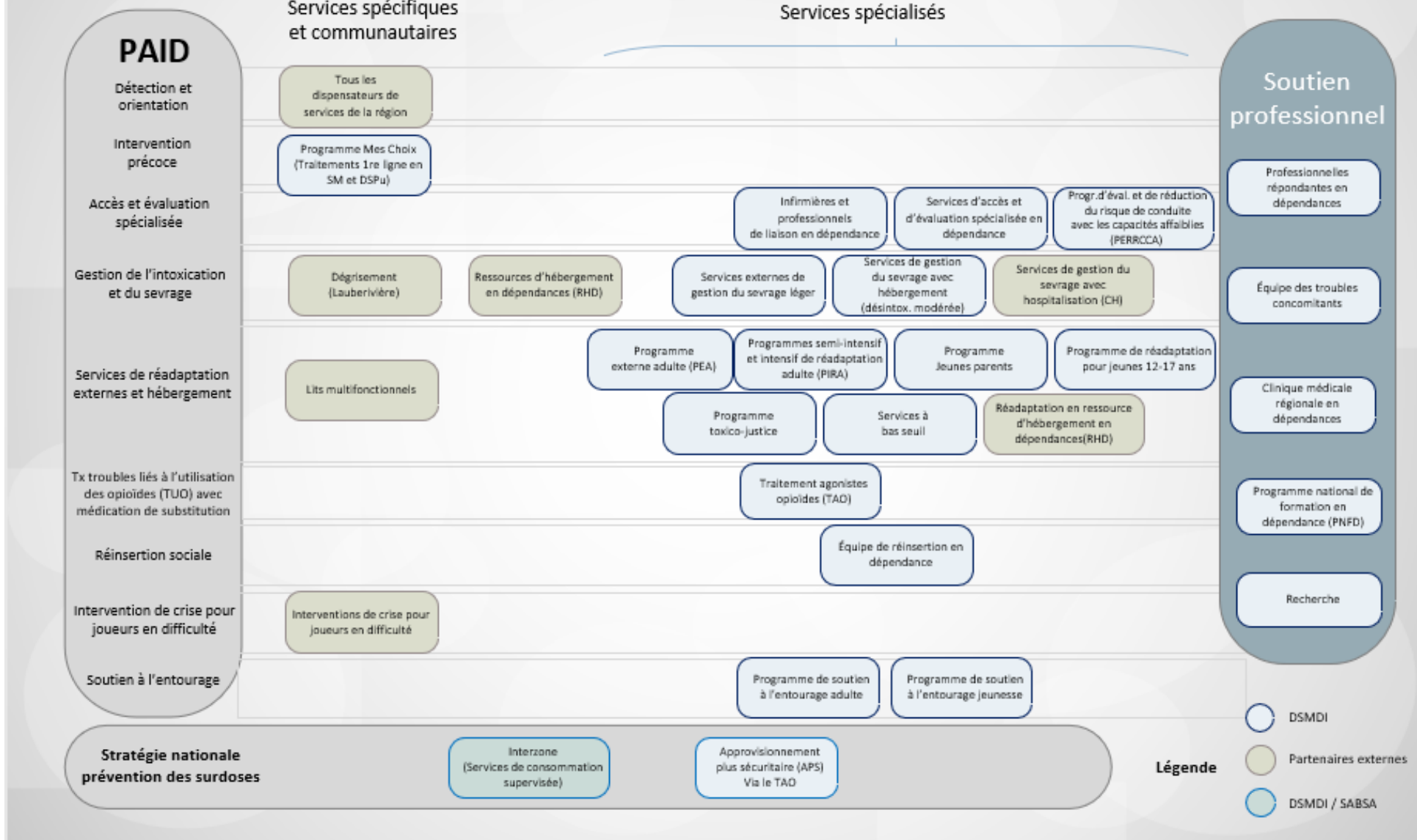


Figure 5 - Schématisation des services en dépendance de la DSMDI en cohérence avec les orientations ministérielles



# Organisation des services en dépendances

## 1. Détection et orientation vers les services appropriés

La détection et l'orientation de la clientèle vers les services en dépendance, à l'aide des outils standardisés peuvent être réalisées par tous les dispensateurs de services de la région, c'est-à-dire par tous les programmes-services du CIUSSSCN, les centres hospitaliers ainsi que par les partenaires intersectoriels concernés. « Parce qu'ils représentent un moyen privilégié de rejoindre les personnes dans les différents milieux qu'elles fréquentent, ces services constituent la principale porte d'entrée du programme-services Dépendance<sup>18</sup>. » Soucieuse de rejoindre les personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, les intervenants de la direction sont invités à porter une attention particulière à cette problématique dans le cadre de leurs interventions.

## 2. Intervention précoce

L'intervention précoce vise à permettre aux personnes ayant des préoccupations liées à l'utilisation de SPA, d'internet ou à la pratique de JHA d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller en vue d'amorcer un changement d'habitudes répondant à leur besoin et le cas échéant, les orienter vers le service approprié (PAID, 2018-2028).

Au CIUSSSCN, l'intervention précoce qui s'adresse aux personnes de 18 et plus est déployée principalement de façon structurée à l'aide du programme Mes Choix. Toutefois d'autres modalités d'interventions sont également offertes, telles que l'intervention motivationnelle ou toutes autres interventions visant à réduire les conséquences liées à la consommation de SPA, à la pratique de JHA ou l'utilisation des écrans. Celles-ci peuvent être réalisées de façon intégrée dans le cadre d'épisodes de services offerts par la DSMDI ou par une autre direction. Dans ces contextes, les intervenants du programme des services en dépendance collaborent avec différents milieux afin de soutenir le développement des pratiques en intervention précoce. À titre d'exemple, la collaboration entre l'équipe d'Aire ouverte de la direction Jeunesse et la DSMDI favorise le repérage, la détection et l'intervention précoce auprès des jeunes ayant des problématiques d'usage.

### 2.1 Programme Mes Choix

Comme indiqué à la page 25 du présent document, le programme Mes Choix est implanté progressivement dans les services spécifiques en santé mentale adulte. Le programme Mes choix est un programme d'intervention précoce provincial destiné aux personnes de 18 ans et plus qui font usage d'alcool, de cannabis ou de toutes autres substances et qui sont à risque ou qui commencent à ressentir certaines conséquences reliées à leurs habitudes de consommation. Il vise la modification des habitudes de consommation de SPA selon les objectifs de la personne (réduction, modification des modes d'usage, arrêt à court terme, arrêt à long terme, etc.). Il permet aux personnes de faire le point sur leur consommation, de recevoir de l'information, du soutien et un accompagnement pour faire des choix éclairés ainsi que d'identifier des moyens concrets pour améliorer leurs habitudes de consommation (Blanchette-Martin et al., 2023)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p.91

<sup>19</sup> Blanchette-Martin, N., Tremblay, J., Simoneau, H., Desfonds, L., Bussières, F., Leblanc, J., Levasseur, C., Godbout, K., Perron, C. & Godin, E. (2023). MES CHOIX : Alcool, Cannabis et toutes substances, Formation   l'utilisation du Programme. RISQ.



Au CIUSSSCN, le programme Mes choix est offert à la Direction de Santé publique (DSPu) ainsi qu'à la DSMDI. Les personnes qui présentent une consommation à risque sans avoir d'autres difficultés sont orientées vers la DSPu alors que les personnes qui présentent une problématique de santé mentale en concomitance sont orientées vers les services spécifiques en santé mentale adulte.

### 3. Accès et évaluations spécialisées

#### 3.1 Accès

##### 3.1.1 Services d'accès

L'équipe de l'accès aux services spécialisés en dépendance du CRDQ a la responsabilité d'analyser les documents pertinents (résultats de l'évaluation de détection et FABO) afin de déterminer l'admissibilité et planifier un rendez-vous d'évaluation spécialisée avec un intervenant. Ceci tant pour la clientèle adulte que pour la clientèle jeunesse.

##### 3.1.2 Infirmières de consultation-liaison et professionnels de liaison en dépendance

Les infirmières de consultation-liaison en dépendance apportent leur expertise dans les urgences des centres hospitaliers de la ville de Québec. Dans les centres hospitaliers où elles sont présentes, les demandes de consultation peuvent provenir autant de l'urgence que des unités de soins. Elles sont également disponibles pour des consultations téléphoniques provenant des urgences des autres hôpitaux de la région afin de faciliter l'orientation vers les services en dépendance. Leur expertise permet d'identifier les personnes qui présentent des besoins spécifiques reliés à leur usage, de les évaluer (repérage, détection, évaluation du sevrage, évaluations spécialisées, etc.) et de faciliter l'orientation vers le service requis (ressources d'hébergement en dépendance, intervention précoce, gestion du sevrage, réadaptation, etc.).

Par ailleurs, considérant l'instabilité clinique que peuvent présenter les personnes qui effectuent un passage à l'urgence, les infirmières de consultation-liaison réfèrent fréquemment à des professionnels psychosociaux de liaison du CRDQ pouvant offrir des interventions rapides et de courte durée. Le but de ces interventions est de soutenir la stabilisation du portrait clinique, de faciliter l'engagement vers les services spécialisés, de peaufiner l'évaluation des besoins et d'orienter la personne vers les services appropriés.

#### 3.2 Évaluations spécialisées

L'évaluation spécialisée en dépendance est réalisée à l'aide d'outils standardisés reconnus par le MSSS. Elle vise à établir un portrait du niveau d'usage de la personne (SPA, Internet, JHA) et des différentes sphères de sa vie (santé physique et psychologique, réseau social, occupation, etc.) afin de l'orienter vers des services adaptés à ses besoins en plus d'établir les assises du plan d'intervention.

En suivi de cette évaluation, l'intervenant propose une offre de service à la personne puis conviennent d'une orientation. En ce qui concerne les services offerts aux jeunes de 12 à 17 ans ainsi que pour le programme Jeunes-Parents, l'évaluation spécialisée est réalisée par un intervenant pivot qui assurera la continuité des services.

#### 3.3 Programme d'évaluation et de réduction du risque de conduite avec les capacités affaiblies (PERRCCA)

Le PERRCCA découle d'une entente convenue entre la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et le réseau de la santé visant à évaluer les comportements des conducteurs arrêtés ou condamnés relativement à leur consommation d'alcool ou de drogue. C'est dans le cadre de cette entente qu'une équipe des services spécialisés en dépendance de la DSMDI est mandatée pour réaliser l'évaluation de résidents de la Capitale-Nationale.

La SAAQ exige une telle évaluation ou un plan d'encadrement, dans le but de s'assurer que les comportements des contrevenants à l'égard de leur consommation d'alcool ou de drogue sont compatibles avec la conduite sécuritaire d'un véhicule.

## 4. Gestion de l'intoxication et du sevrage

Les services de gestion de l'intoxication et du sevrage représentent une porte d'entrée importante pour les personnes présentant une problématique d'usage de substances psychoactives. Les Services de soins et d'accompagnement ont pour objectif de soutenir et d'aider la personne présentant des symptômes de sevrage nécessitant un accompagnement médical et psychosocial (ASAM, 2013)<sup>20</sup>.

La gestion du sevrage nécessite une évaluation (santé générale, intensité des symptômes prévisibles, santé psychologique, facteurs de risque) afin de déterminer le niveau de services requis, le contexte dans lequel ils seront donnés ainsi que pour dépister les problèmes associés (INESSS, 2019)<sup>21</sup>.

Les niveaux de soins pour la gestion du sevrage s'appuient sur la conceptualisation de L'American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2013 ; ASAM, 2023) qui propose une catégorisation en niveaux de soins. Au Québec, les niveaux de soins pour la gestion du sevrage sont généralement regroupés selon trois intensités du sevrage de la personne soit léger, modéré et sévère déterminant ainsi les niveaux de service requis, comme présentés dans le tableau suivant.

Intensité du sevrage	Niveaux de services requis	Orientations
Sevrage léger	Services externes	Communauté ou Ressources d'hébergement en dépendance (RHD)
	Services avec hébergement sous supervision du personnel psychosocial (intervenant psychosocial 24 h/7)	Ressources d'hébergement en dépendance (RHD) offrant un soutien 24 h/24 par du personnel psychosocial
Sevrage modéré	Services avec hébergement sous supervision du personnel médical (infirmières 24 h/7)	CRD offrant un service sous supervision du personnel médical (infirmières 24 h/7)
Sevrage sévère	Services de gestion du sevrage avec hospitalisation	Centres hospitaliers

Comme stipulé dans le PAID 2018-2028, l'accessibilité à ces services repose sur un partage des responsabilités entre les partenaires du réseau local de services ; ainsi, entre les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (CIUSSSCN, CHU de Québec, IUCPQ), les ressources d'hébergement en dépendance (RHD), les partenaires communautaires et les partenaires intersectoriels.

<sup>20</sup> American Society of Addiction Medicine (2013). The ASAM Criteria: Treatment Criteria of addictive, Substance-related, and Co-Occurring Conditions. Third Edition. The change Companies.

<sup>21</sup> Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2019). La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs. État des pratiques rédigé par Claude Boulin et Isabelle Linteau. Québec, Qc : INESSS, 73 p.

## 4.1 Gestion de l'intoxication - Dégrisement

« Les services de gestion de l'intoxication désignent le processus d'aide offert à la personne pour s'assurer que le processus se déroule de façon sécuritaire tout en lui proposant des choix par rapport à la démarche qu'elle voudra poursuivre (à titre d'exemple : cheminement vers des services de gestion du sevrage, d'intervention précoce ou de réadaptation)<sup>22</sup>. »

Afin d'assurer une trajectoire adaptée à des services de gestion de l'intoxication et compléter son offre de services spécialisés, la DSMDI a conclu une entente de service avec Lauberivière. Ainsi, les personnes intoxiquées ont accès à une ressource d'accueil 24 heures/24, 7 jours/semaine offrant des services sécuritaires de gestion de l'intoxication aussi appelés « services de dégrisement ».

## 4.2 Les services de gestion du sevrage

### 4.2.1 Services externes de la gestion du sevrage (sevrage léger)

Les intervenants psychosociaux ainsi que les infirmières cliniciennes en dépendance offrent un soutien aux personnes qui désirent effectuer leur sevrage en externe. Cette offre de service se traduit notamment par de l'enseignement, une évaluation des symptômes, des recommandations, du soutien téléphonique ou une collaboration avec le médecin traitant.

### 4.2.2 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (sevrage léger)

Ce niveau de sevrage est habituellement offert par des RHD certifiées en dépendance sur le territoire de la Capitale-Nationale. Afin d'assurer l'accès à ce service dans la région, la DSMDI a conclu des ententes de services avec le Centre Casa, la Villa St-Léonard et le Centre le Rucher.

### 4.2.3 Services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré)

La DSMDI offre, depuis l'automne 2022, des services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale (sevrage modéré) permettant d'offrir un traitement sécuritaire aux personnes qui souhaitent se sevrer des substances psychoactives dont elles sont dépendantes. La clientèle peut être admise 7 jours sur 7 pour des séjours pouvant varier de 3 à 10 jours.

L'équipe interdisciplinaire assure des soins et des services visant à éviter les complications médicales, limiter les malaises physiques qui découlent des symptômes de manque, et ce, dans un lieu dépourvu d'accès à des substances nocives. Bien que la clientèle hébergée puisse présenter diverses problématiques de santé physique, de santé mentale ou vivre avec des enjeux psychosociaux, elle ne requiert pas le niveau de soins d'un centre hospitalier.

L'unité est implantée de façon temporaire dans les locaux du CRDQ, mais sera installée en 2025 au 14 Côte-du-Palais, à l'intérieur d'un centre multiservice. L'unité qui dispose actuellement de 10 lits d'hébergement offrira à terme 18 lits qui seront partagés avec d'autres services d'hébergement en dépendance.

### 4.2.4 Sevrage sévère

Considérant les risques de complications plus élevés, les sevrages sévères sont réalisés en centre hospitalier. Les médecins en dépendance peuvent être consultés au besoin. Dans les hôpitaux où des infirmières de liaison en dépendance sont présentes, celles-ci peuvent contribuer à l'évaluation des

---

<sup>22</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028

besoins de la personne durant le séjour hospitalier ou faciliter la transition entre les différents services à la fin du sevrage sévère. Leur contribution favorise la continuité des services. Ces infirmières offrent également des consultations téléphoniques aux hôpitaux dans lesquels elles ne sont pas présentes.

## 5. Réadaptation externe et avec hébergement

« Les services de réadaptation externes et ceux avec hébergement pour les jeunes et les adultes représentent la composante principale des services de réadaptation sous la responsabilité de la mission CRD<sup>23</sup>... » Ils sont offerts aux personnes de 12 ans et plus qui présentent un usage nécessitant un service spécialisé en dépendance tel qu'évalué à l'aide des outils de détection. En plus d'être présents dans les régions de Portneuf et de Charlevoix, le personnel du CRDQ offre des services de réadaptation dans différents milieux, tels qu'à Lauberivière, à la Coopérative de solidarité SABSA, à l'Établissement de détention de Québec, à la Maison Dauphine et dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.

Conformément au PAID 2018-2028, les objectifs visés par les services de réadaptation sont :

- d'améliorer de façon significative la santé et le bien-être des personnes en consolidant les acquis permettant de réduire ou de cesser l'usage de substances psychoactives ou la pratique de jeux de hasard et d'argent;
- réduire les conséquences associées à l'usage de SPA, à la pratique de JHA ou à l'utilisation d'Internet;
- de permettre aux personnes qui répondent aux critères d'un TUS, d'un TJHA ou d'une utilisation problématique d'Internet (UPI) d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller pour amorcer et réaliser des changements d'habitudes répondant à leur besoin<sup>24</sup>.

En outre, c'est en se basant sur les principes de primauté de la personne, d'autodétermination et de responsabilisation que les objectifs du plan d'intervention sont établis avec la personne. Une réévaluation constante de l'évolution de sa situation permet d'effectuer les ajustements nécessaires quant à son orientation dans les services.

### 5.1 Programme externe adulte

L'équipe interdisciplinaire du programme externe adulte offre des services de réadaptation aux personnes de 18 ans et plus. En fonction des besoins identifiés par l'évaluation spécialisée, différentes modalités d'intervention peuvent être proposées telles que des services individuels ou de groupe avec des niveaux d'intensité et des durées adaptés. Les interventions sont déployées selon différentes approches et modalités de traitement reconnues efficaces, notamment l'intervention cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel, la prévention de la rechute et l'approche de réduction des méfaits.

Certains groupes sont de nature éducative et visent l'acquisition d'outils concrets tandis que d'autres suggèrent davantage une entraide mutuelle entre les participants de façon à susciter la réflexion, l'autocritique et l'autocontrôle. Les interventions autant en individuel qu'en groupe visent à mettre en lumière les impacts de la dépendance ainsi qu'à développer des attitudes et des stratégies qui favorisent un changement durable.

---

<sup>23</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p104

<sup>24</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter. p106

À titre d'exemple, voici quelques thèmes pouvant être abordés lors des rencontres individuelles ou de groupe :

- l'ambivalence au changement ;
- la motivation et la mobilisation au changement ;
- l'organisation dans les différentes sphères de vie ;
- les facteurs de protection et les capacités adaptatives ;
- la prévention de la rechute ;
- l'expérimentation à ralentir pour observer et accueillir la survenue des envies d'utiliser les substances, les jeux de hasard et d'argent ou Internet ;
- faire des choix éclairés ;
- approfondir la connaissance de ses besoins, de ses valeurs et de ses limites ;
- prendre conscience de ses réalisations et de ses forces ;
- s'adapter à sa nouvelle réalité.

Dans certaines situations un hébergement de courte durée avec soutien (environ 7 jours) peut s'avérer bénéfique pour favoriser la stabilisation et le maintien des acquis de la personne. C'est dans ce contexte qu'une entente de service a été conclue avec la Villa St-Léonard permettant d'offrir un tel milieu d'hébergement.

De plus, l'implication des proches est souhaitée que ce soit de façon formelle, c'est-à-dire dans le cadre d'un suivi de réadaptation en modalité conjugale ou de façon ponctuellement lors de certaines rencontres de suivi. Cette offre de service est en cohérence avec les meilleures pratiques visant à impliquer les conjoint(e)s dans les traitements (Tremblay et al., 2022).<sup>25</sup>

## 5.2 Programmes semi-intensif et intensif de réadaptation adulte (PIRA)

Le programme semi-intensif et le PIRA sont destinés aux personnes de 18 ans et plus qui présentent un TUS. L'équipe interdisciplinaire procède aux évaluations qui permettent d'élaborer le plan d'intervention et de convenir d'objectifs spécifiques avec la personne. Cette démarche permet d'offrir à la personne une modalité de service qui répond à ses besoins et qui correspond à sa réalité, soit :

- le programme semi-intensif : activités de réadaptation avoisinant 9 heures par semaine sur 2 ou 3 jours ;  
ou
- le programme intensif : activités de réadaptation allant jusqu'à 20 heures par semaine sur 4 jours.

D'une durée de 6 à 8 semaines, ces deux programmes débutent généralement par une période de 7 à 14 jours en hébergement dont l'objectif principal est de permettre un arrêt d'usage sécuritaire et un retour à de saines habitudes de vie. Ils proposent d'expérimenter d'abord l'abstinence pour ensuite aborder les enjeux de changement. Cette période d'abstinence vise à permettre à la personne d'intégrer les compétences nécessaires au changement, demeurer en sécurité, aborder les enjeux de son rétablissement et ce, peu importe ses objectifs personnels.

Les services peuvent prendre la forme de consultations individuelles ou de groupes (réadaptation et d'éducation) abordant les thèmes suivants :

- les concepts en dépendance ;

---

<sup>25</sup> Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Saint-Jacques, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Savard, A.-C., Côté, M., Berbiche, D., & Beaulieu, M. (2022, December 15). Efficacy of a Randomized Controlled Trial of Integrative Couple Treatment for Pathological Gambling (ICT-PG): 10-Month Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000765>

- la connaissance de soi;
- l'estime de soi;
- les relations et la gestion des conflits interpersonnelles;
- le rétablissement;
- les saines habitudes de vie (sommeil, alimentation et hygiène);
- la prévention des rechutes (filet de sécurité, gestion des envies de consommer, etc.);
- les loisirs (relaxation, activités physiques, l'art, etc.);
- la spiritualité.

Pour les personnes dont l'évaluation des besoins requiert une intensité de service plus élevée, des ententes sont établies avec le Centre Casa (JHA et Écran-Internet) et le Centre le Rucher.

### 5.3 Programme de réadaptation pour jeunes 12-17 ans

L'équipe Jeunesse/famille offre des services de réadaptation en dépendance aux jeunes de 12 à 17 ans, en collaboration avec deux partenaires de la communauté, soit *Le Grand Chemin* et *Portage St-Malachie*.

L'évaluation spécialisée réalisée par un intervenant pivot du CRDQ permet de cibler l'orientation requise à la réponse aux besoins identifiés ainsi qu'aux objectifs ciblés par le jeune, soit :

- un suivi individuel externe avec l'intervenant pivot;
- une démarche interne de 8 à 10 semaines au Grand Chemin;
- une démarche interne entre 3 et 6 mois à Portage St-Malachie.

Dans le cas où l'adolescent est référé vers l'un des partenaires, l'intervenant pivot du CRDQ assure la continuité et la concertation tout au long de l'épisode de service.

L'équipe Jeunesse/famille dispense des services de proximité dans le milieu de vie des jeunes (famille, milieu scolaire ou communautaire) ou dans un autre établissement.

Pour les jeunes de 12-13 ans, le consentement des parents est requis à la dispensation de services. Alors que pour les jeunes de 14 ans et plus, le parent peut être informé et contribuer à la démarche de son enfant, lorsque ce dernier consent. La pertinence d'impliquer la famille dans le traitement de l'adolescent a été démontrée :

- pour favoriser son engagement et la persistance au traitement;
- pour mieux comprendre ses difficultés;
- pour favoriser le soutien familial devant ses objectifs;
- pour évaluer les besoins de la famille (dépistage de l'alcoolisme parental, dépression, négligence ou abus, etc.);
- pour outiller les parents et soulager leur détresse. (Bertrand, K et al., 2006)<sup>26</sup>.

En outre, toujours en respect du consentement du jeune, la collaboration entre les différents acteurs permet d'offrir des interventions concertées et favorise l'intensification des services lorsque requis.

### 5.4 Clientèle 18-24 ans

Pour les jeunes adultes de 18-24 ans, l'évaluation spécialisée vise également à identifier les besoins et les caractéristiques liés à leur développement de façon à déterminer la trajectoire de service à préconiser. Ainsi, certains jeunes seront orientés vers les services jeunesse alors que d'autres recevront des services

---

<sup>26</sup> Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., Massicotte, L., Blouin H. (2006) Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes pratiques gagnantes et offre de services de base.

adultes. De plus, lorsque requis, un accompagnement individualisé peut être offert pour soutenir la transition d'un jeune vers les services adultes.

### 5.5 Programme Toxico-Justice

Le programme Toxicomanie-Justice vise à offrir une expérience de relation d'aide positive à des personnes judiciairisées qui présentent des problèmes de dépendance. La spécificité du programme est de tirer profit de la période d'incarcération pour soutenir la personne dans ses réflexions vers un mieux-être. En cohérence avec la volonté du MSSS et du ministère de la Sécurité publique d'offrir des services adaptés aux personnes ayant des besoins particuliers (les personnes contrevenantes), le programme Toxico-Justice est offert aux personnes incarcérées à l'Établissement de détention de Québec.

Les interventions tiennent compte de la perception que la personne a de sa propre réalité et de ses besoins. Elles visent de plus, à établir des liens de confiance qui permettront de maintenir le suivi à la sortie de détention. L'équipe travaille en collaboration avec les différentes ressources présentes dans la vie des personnes judiciairisées.

De façon plus spécifique, ce programme permet :

- d'accompagner la personne incarcérée dans le but d'augmenter sa motivation au changement ;
- de sensibiliser la personne à sa problématique de dépendance et de délinquance selon une approche de réduction des méfaits ;
- de soutenir la personne dans un changement de mode de vie, particulièrement en ce qui concerne sa consommation de SPA afin de réduire le risque de récidive ;
- d'accompagner et d'outiller la personne dans son processus de réinsertion sociale ;
- de favoriser l'engagement à poursuivre une démarche de réadaptation en dépendance lors du retour dans la collectivité.

### 5.6 Services à bas seuil d'accessibilité

Les services à bas seuil d'accessibilité visent à rejoindre des personnes vulnérables et désaffiliées du réseau public de la santé et des services sociaux afin de leur offrir les services dont elles ont besoin. Ces personnes devant composer avec de multiples problématiques (santé mentale, santé physique, instabilité résidentielle, judiciarisation et dépendance) ont souvent vécu de mauvaises expériences avec les institutions publiques, donc hésitent à redemander de l'aide.

L'équipe des services à bas seuil se déplace dans différents organismes communautaires pour les rejoindre où elles se trouvent (outreach). Les contacts avec la clientèle peuvent également se faire à partir d'une référence d'un partenaire communautaire, d'une autre équipe de la DSMDI ou directement sur la rue. La mission de cette équipe est donc de faciliter l'accès à des soins et des services adaptés, assortie d'un minimum d'exigences (bas seuil).

Considérant la multiplicité des besoins que présente la clientèle cible, l'équipe interdisciplinaire dispense une diversité de services :

- évaluations (psychosociale, des besoins de santé nécessitant des soins, de la condition physique et mentale) ;
- soins infirmiers (dépistage ITSS, vaccination, administration de la médication, soins de plaies) ;
- accompagnement, soutien et suivi à court terme (appels téléphoniques, rendez-vous médicaux, rencontres dans des organismes communautaires, visites à domicile, consultation au bureau du CLSC Basse-Ville) ;

- services spécialisés en dépendance ;
- enseignement sur la santé (ITSS, abcès, cellulites, diabète, médication, techniques d'injection sécuritaires pour réduire les méfaits et prévenir les surdoses) ;
- liaison et accompagnement vers d'autres services ou partenaires.

## 5.7 Programme Jeunes parents

Le programme Jeunes parents est offert aux femmes enceintes et aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans, qui présentent une problématique d'usage (SPA, JHA ou UPI) et qui font l'objet d'une intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ).

Cette offre de service concertée met de l'avant une approche de réduction des méfaits qui vise à réduire les impacts négatifs des problèmes d'abus ou de dépendance sur la capacité des parents à actualiser leur rôle. De plus, l'approche centrée sur les forces est préconisée afin de redonner aux parents le pouvoir d'agir sur leur situation familiale. Dans le but de favoriser la continuité des services, un intervenant pivot de l'équipe assure à la fois l'évaluation, l'orientation et le suivi de réadaptation individuel. Au besoin, la personne peut également bénéficier de l'ensemble des services de groupe offerts au CRDQ. L'intervenant pivot demeure néanmoins impliqué et assure la continuité et la concertation entre les partenaires tout au long de l'épisode de service.

Cette offre de service mise sur le développement d'un espace de collaboration avec le parent en respect de son rythme et de ses besoins.

## 5.8 Lits multifonctionnels – Ententes de partenariat

La DSMDI dispose d'ententes de service avec certains organismes communautaires, tels que Lauberivière, le Centre Casa et la Villa St-Léonard dans le but d'offrir à sa clientèle des « lits multifonctionnels » dans la communauté. Ces lits permettent d'offrir une période de stabilisation à la suite d'un passage en milieu hospitalier. Les infirmières de liaison en dépendance assurent la référence et le suivi des usagers en collaboration avec ces différentes ressources. Les infirmières de liaison peuvent également y orienter des personnes qui présentent un risque de sevrage léger. Les lits multifonctionnels sont également un milieu d'hébergement temporaire durant l'épisode de réadaptation en dépendance lorsque la situation le requiert. Dans un tel cas, ce seront les intervenants des services spécialisés qui assureront la liaison avec les ressources.

## 6. Traitement par agoniste opioïde (TAO)

Le TAO est offert aux personnes faisant un mésusage des opioïdes, entraînant des conséquences sur différentes sphères de leur vie (perte d'emploi, isolement, problèmes de santé physique, criminalité). Les opioïdes sont des substances fréquemment prescrites pour soulager la douleur, disponibles sous différentes formes (ex. : morphine, codéine, héroïne, hydromorphone, oxycodone, méthadone et fentanyl). Un plan de traitement et d'accompagnement à long terme est favorisé.

L'équipe interdisciplinaire offre des services selon une philosophie de réduction des méfaits. Les interventions dispensées par l'équipe visent à réduire et prévenir les conséquences négatives de la consommation d'opioïdes ainsi que les autres comportements à risque, sans pour autant viser une abstinence complète. Les services suivants sont offerts dans les locaux du CRDQ ainsi que dans une clinique de proximité située dans la communauté :

- évaluations professionnelles et médicales ;



- traitements de maintien à long terme au moyen d'un médicament agoniste opioïde (méthadone, Suboxone, Kadian);
- distribution de matériel de consommation (seringues, garrots, pipes à crack, etc.) et de protection (condoms, lubrifiants, etc.);
- traitements médicaux et infirmiers (soins de plaies ou pour les ITSS);
- suivis psychosociaux et services de réinsertion sociale;
- enseignement sur les pratiques de consommation sécuritaire.

## 7. Services de réinsertion sociale en dépendance

La réinsertion sociale est une composante à part entière du processus de réadaptation en dépendance. Les services offerts par cette équipe visent à ce que les jeunes ou les adultes puissent gagner de l'autonomie sociale ou professionnelle en rétablissant des liens avec la communauté. Lorsque s'amorce un suivi en réinsertion, les besoins de la personne sont évalués à l'aide de l'outil RÉSO, permettant d'établir le fonctionnement de la personne dans différentes sphères de vie, telles que l'alimentation, le logement, les conditions économiques, les études, le travail, les loisirs et le réseau de soutien.

Les membres de l'équipe accompagnent ensuite la personne vers les partenaires communautaires ou intersectoriels qui pourront l'aider à développer et maintenir des compétences à l'égard des besoins fondamentaux. De plus, la collaboration avec les autres équipes du CRDQ permet d'augmenter l'intensité des services de réadaptation, en plus de favoriser la consolidation des acquis. Un service sans rendez-vous est également disponible pour les personnes inscrites dans les services du CRDQ et qui présentent des besoins de nature ponctuelle.

## 8. L'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux

Le PAID 2018-2028 souligne l'importance d'intervenir rapidement auprès des joueurs en situation de crise dans les casinos et les salons de jeux afin de prévenir les conséquences graves reliées aux situations de crise. Les services offerts dans ces milieux visent à désamorcer les crises, à réduire les conséquences négatives reliées aux JHA et à orienter les personnes vers des ressources adaptées à leurs besoins.

Afin d'assurer cette offre de service sur le territoire de la Capitale-Nationale, la DSMDI a conclu des ententes de service avec deux organismes de la région soit le Centre de crise de Québec (CCQ) et la Ressource Genesis. Cette dernière assure les interventions de crise au Casino de Charlevoix alors que le CCQ intervient au Salon de jeux de Québec.

## 9. Soutien à l'entourage

Les situations de dépendance affectent non seulement la personne concernée, mais également les membres de son entourage. L'implication et le soutien de ces derniers deviennent déterminants au moment de l'engagement de la personne dans un processus de changement. « Ces services visent, d'une part à améliorer le bien-être des membres de l'entourage, et d'autre part à soutenir et à renforcer leurs compétences de sorte à influencer positivement la modification des habitudes de consommation, de jeu ou d'utilisation d'Internet de leur proche<sup>27</sup>. »

---

<sup>27</sup> MSSS (2018) Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 p.114

Il est important de préciser que les services sont accessibles aux membres de l'entourage même si la personne présentant un usage problématique n'est pas inscrite aux services. Une rencontre avec cette dernière sera néanmoins proposée afin de favoriser une adhésion aux services requis à sa situation.

### 9.1 Membre de l'entourage de la clientèle adulte

Le Programme de soutien à l'entourage propose des modalités individuelles ou de groupes selon l'évaluation des besoins. Les interventions visent à accompagner les membres de l'entourage (ME) dans l'acquisition de connaissances face à l'usage ainsi que les actions à préconiser auprès de leur proche. En effet, « les ME désirent que leur proche se porte mieux et souhaitent savoir comment l'aider. Comprendre les enjeux autour de l'usage aide les ME à réduire leur stress, à naviguer dans la relation, à garder espoir que la situation peut s'améliorer et à développer leur empathie face à leur proche<sup>28</sup> ». Il est également visé d'optimiser le bien-être personnel, conjugal et familial.

### 9.2 Membre de l'entourage de la clientèle jeunesse

Pour les ME qui demandent de l'aide en lien avec l'usage de leur adolescent, ceux-ci sont orientés vers l'équipe Jeunesse/famille afin que les interventions soient adaptées au développement de l'adolescent. Ainsi, les ME bénéficient dans un premier temps, d'interventions de groupe de nature éducative afin de favoriser le développement de stratégies parentales à préconiser dans un contexte d'usage.

Par la suite, pour ceux qui souhaiteraient approfondir les connaissances de base, développer leur savoir-faire et savoir-être parental ainsi qu'observer et comprendre les impacts de leurs réactions parentales, il est possible de poursuivre vers un groupe de réadaptation. Dans certaines situations et en fonction de l'évaluation des besoins, des rencontres individuelles sont privilégiées.

Les jeunes de 12-17 dont l'un des membres de leur entourage (jeune ou adulte) présente une problématique d'usage peuvent recevoir des services de soutien de l'équipe Jeunesse/famille. Cette équipe pourra leur offrir des interventions adaptées à leur niveau de développement.

## 10. Soutien professionnel

### 10.1 Professionnels répondants spécialisés en dépendance (PRSD)

Les PRSD offrent un soutien aux partenaires internes et externes de la DSMDI pour le repérage, la détection, l'orientation, le référencement et l'intervention précoce en dépendance. Ils favorisent le développement des connaissances et de l'autonomie professionnelle des intervenants en offrant différentes mesures d'accompagnement. Par les actions suivantes, ils favorisent l'accessibilité, la qualité et la continuité des services :

- diffusion et soutien à l'appropriation du continuum de soins et de services en dépendance ;
- formation à l'accueil et à l'intervention dans un contexte de repérage et de détection en dépendance ;
- formation sur les outils de détection en dépendance (DEP-ADO, DÉBA-SPA/I/JHA)
- contribution à l'identification des besoins de formation et proposition de moyens pour favoriser le développement des compétences ;

---

<sup>28</sup> Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Côté, M., Côté-Dion, C.-M., Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Dufour, M., & Saint-Jacques, M. (2023). Mieux aider les membres de l'entourage : Fiches cliniques pour soutenir l'intervention auprès des membres de l'entourage.

[https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=4242&owa\\_no\\_fiche=250&owa\\_bottin=](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=250&owa_bottin=)

- consultation individuelle ou en équipe (interprétation des scores de détection, soutien à la réflexion quant à l'orientation, situations cliniques, utilisation des formulaires de référencement, trajectoires, etc.);
- soutien à l'intervention précoce et aux bonnes pratiques (outils cliniques, approches et interventions à privilégier);
- liaison entre le mécanisme d'accès en dépendance et les partenaires.

## 10.2 Clinique médicale régionale en dépendance

L'équipe médicale du CRDQ offre un service d'expert-conseil destiné aux médecins, pharmaciens et infirmières praticiennes spécialisées (IPSSM-IPSP) de la région par l'entremise de la Clinique médicale régionale en dépendance (CMRD). La mission de cette clinique est de répondre à leurs questions sur divers sujets, tels que :

- l'aide au sevrage en services externes;
- l'aide au maintien de l'abstinence par médication (ex. : naltrexone pour la dépendance à l'alcool);
- les traitements de substitution (méthadone ou suboxone) pour la dépendance aux opioïdes;
- les demandes d'opinion concernant un problème d'abus ou de dépendance.

## 10.3 Équipe spécialisée en troubles concomitants

L'équipe interdisciplinaire a pour mission de soutenir l'ensemble des équipes cliniques de la DSMDI dans l'optimisation des soins et des services offerts aux personnes qui présentent des troubles concomitants (TC). L'accompagnement de cette équipe vise à faciliter le développement des connaissances et des compétences des intervenants en matière de TC. L'équipe a aussi comme mission d'accompagner la DSMDI dans le déploiement d'une offre de services intégrée, axée sur les données probantes et sur les approches reconnues pour le traitement des TC. Les trois principaux volets de service de l'équipe sont :

### Volet soutien clinique et accompagnement

- Contribuer au déploiement des orientations à l'égard des TC par l'accompagnement des équipes dans la transformation de leurs pratiques cliniques (ex. : analyse de milieu, soutien pour le développement de groupes d'intervention en TC).
- Offrir de la consultation clinique auprès des équipes ce qui permet, notamment, de dénouer des impasses thérapeutiques et offrir du soutien dans les cas jugés complexes.
- Animer une communauté de pratique d'intervenants piliers en dépendance.

### Volet formation

- Développer, adapter et rendre accessible un contenu de formation sur les TC, destiné aux intervenants et aux stagiaires de la DSMDI.
- Soutenir le développement des connaissances des intervenants piliers en TC dans les équipes de santé mentale et de dépendance.

### Volet expertise/conseil

- Assurer une veille informationnelle en matière de TC.
- Favoriser l'accès et la diffusion des connaissances, données probantes et meilleures pratiques en TC.
- Émettre des recommandations sur les TC, lorsque requis.

Ainsi, à moins d'exception, l'équipe n'intervient pas directement auprès de la clientèle. Son rôle est davantage d'outiller les intervenants à développer cette expertise.

## 10.4 Programme national de formation en dépendance (PNFD)

La DSMDI, de concert avec l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) qui a été mandaté par le MSSS déploie le Programme national de formation en dépendance (PNFD) visant :

- L'élaboration de contenus et de matériel de formation d'utilisateur, de formateur régional et de formateur national;
- La formation, l'accréditation et le suivi post-formation des formateurs;
- La production des attestations pour les utilisateurs ainsi que pour les formateurs régionaux et nationaux.

Ces formations ciblent les outils d'évaluation ainsi que les interventions spécifiques à la dépendance, telles que l'approche motivationnelle, l'intervention précoce (Mes choix), etc.

## 10.5 Recherche

Les directions de santé mentale, dépendance et itinérance du CIUSSSCN et du CISSS de Chaudière-Appalaches mettent en commun leur service de recherche en dépendance depuis 1999. Les divers projets de recherche menés conjointement ont conduit au développement d'une collaboration fructueuse et ont aussi permis de tisser des liens très étroits avec divers partenaires de recherche, dont le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ), l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, l'équipe Hermès (équipe de recherche sur les dépendances sans substance) et le Centre de recherche du CISSSCA.

De plus, les axes de recherche (Connaissance de la clientèle, Impacts et amélioration des pratiques et Outils d'évaluation) du Service de recherche en dépendance du CIUSSSCN/CISSSCA ont comme objectif de contribuer à l'amélioration des connaissances et des pratiques en dépendance, en réalisant des projets de recherche intégrés et cohérents avec les besoins cliniques. À cet effet, il joue un rôle de soutien et d'accompagnement aux réflexions visant l'amélioration des services, que ce soit par l'implication au sein des rencontres ou par les travaux de recherche qui sont intégrés à la pratique des cliniciens. Il accompagne donc, la direction, les gestionnaires et les intervenants des programmes dépendances de façon courante.

Les travaux de recherche sont menés seuls ou en partenariat avec d'autres établissements de divers milieux et d'autres chercheurs. Ces travaux font avancer les connaissances dans l'univers de la dépendance, tout particulièrement celles liées à la réalisation de la mission des Programmes dépendance du CIUSSSCN/CISSSCA. Le choix des projets s'inscrit directement dans le PAID 2018-2028.

Finalement, dans un souci d'offrir des services en cohérence avec les besoins des personnes utilisatrices de service, les usagers sont sollicités afin de participer aux divers projets de recherche.

## 11. Stratégie nationale de prévention des surdoses

En plus du PAID 2018-2028, la Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025 guide l'offre de service en dépendance. Cette dernière propose différentes mesures regroupées dans les sept champs d'action ci-dessous :

- information et sensibilisation ;
- [prévention des surdoses et réduction des méfaits](#);
- politiques publiques et réglementation ;

- vigie et surveillance ;
- évaluation, recherche et formation ;
- **traitement de la dépendance** ;
- traitement de la douleur ;

Se partageant la responsabilité avec la DSPu, la DSMDI est particulièrement impliquée dans deux champs d'action. D'abord, **la prévention des surdoses et la réduction des méfaits** qui regroupe les mesures suivantes ;

- Consolider et bonifier l'accès à la naloxone : la distribution de la naloxone est coordonnée par la DSPu, néanmoins la DSMDI s'assure de la rendre disponible à ses intervenants ainsi qu'à sa clientèle.
- Consolider et étendre l'offre de services de consommation supervisée : via l'offre de service de l'Interzone (voir 11.1).
- Consolider et étendre l'offre de services de vérification de drogues : bien que sous la responsabilité de la DSPu, les intervenants de la direction utilisent les bandelettes de détection.
- Soutenir le développement des pratiques d'approvisionnement plus sécuritaire : la DSMDI contribue à cette mesure par les services de TAO présentés au point 6.

Finalement, le **traitement de la dépendance** est le deuxième champ d'action de la Stratégie nationale pour lequel la DSMDI est tout naturellement impliquée par le biais de son offre de service décrite précédemment.

### 11.1 L'Interzone - Services de consommation supervisée (SCS)

Les SCS de L'Interzone sont offerts conjointement par la DSMDI et la Coopérative de solidarité SABSA. Selon une approche de réduction des méfaits, l'interzone est un endroit sécuritaire où les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII) peuvent consommer les substances qu'elles apportent dans des conditions d'hygiène favorable sous la supervision d'un personnel qualifié et en toute légalité.

L'Interzone dispense des services adaptés aux besoins de personnes souvent marginalisées qui sont plus difficilement rejointes par le RSSS. Ces services sont localisés dans la Ville de Québec.

La consommation supervisée (injection, inhalation, intranasale) a pour objectif de :

- réduire les comportements à risque d'infection comme par le VIH et le virus de l'hépatite C ;
- faciliter l'accès aux services de désintoxication et de traitement de la dépendance ;
- diminuer les demandes de services ambulanciers et les admissions dans les urgences ;
- réduire les injections en public ainsi que les seringues laissées à l'abandon ;
- prévenir les surdoses et les décès grâce à la présence d'un personnel en mesure de fournir une assistance rapide lors de complications ;
- joindre les personnes UDII les plus à risque pour leur offrir un dépistage, l'accès aux traitements ainsi que du matériel de consommation stérile et sécuritaire.

Les services sont offerts par une équipe mixte composée d'infirmières cliniciennes de la DSMDI ainsi que d'intervenants sociaux et de pair-aidants de la Coopérative de solidarité SABSA.

Les membres de l'équipe peuvent ainsi procéder à :

- l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la personne utilisatrice ;
- l'analyse de substances par bandelettes de détection de fentanyl ;
- la distribution de matériel stérile ;

- du dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- l'application de protocoles de traitement lors de complications immédiates liées à la consommation de drogues ;
- de l'enseignement sur la consommation de drogues et sur l'injection à moindre risque ;
- des soins de plaie ;
- des références vers d'autres services ou partenaires ;
- en plus d'offrir du répit post-consommation.

## 12. Particularités régionales

### 12.1 Territoire de Portneuf

Une équipe interdisciplinaire composée de travailleur social, psychoéducateur et éducateur spécialisé offre une gamme de services spécialisés en dépendance sur le territoire de Portneuf. La très grande majorité des services offerts dans la région de Québec sont aussi disponibles aux résidents de cette région, mais adaptés à leurs particularités régionales et selon diverses modalités d'intervention (familiale, en couple, individuelle ou en groupe).

Par exemple, des services de réadaptation externe pour adulte, des traitements par agonistes opioïdes (TAO), le programme Jeunes-Parents ainsi que le Programme Entourage (adulte et jeunesse) sont disponibles dans l'un des quatre points de services du CIUSSSCN ou offerts à domicile, au besoin. Quant au Programme Mes Choix, il est entièrement offert que par la direction de la santé publique. Dans la mesure du possible, l'équipe spécialisée en dépendance de Portneuf tente d'offrir des services à bas seuil d'accessibilité ainsi que de « reaching out ». Toutefois, la clientèle pourrait être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région telle que la gestion du sevrage avec hébergement de niveau modéré.

### 12.2 Territoire de Charlevoix

La région de Charlevoix présente sa propre équipe de services spécialisés en dépendance qui offre des services dans les deux CLSC de la région : Baie-Saint-Paul et La Malbaie. L'équipe interdisciplinaire est composée d'une psychologue, d'une travailleuse sociale et d'un éducateur spécialisé. L'offre de service s'applique à l'ensemble du territoire charlevoisien, que ce soit à même les points de services du CIUSSSCN ou dans la communauté. La très grande majorité des services offerts dans la région de Québec sont aussi disponibles aux résidents de cette région, mais adaptés à leurs particularités régionales et selon diverses modalités d'intervention (familiale, en couple, individuelle ou en groupe). Par exemple, le programme Mes Choix est entièrement offert par la direction de la santé publique dans cette région.

La clientèle pourrait toutefois être invitée à se déplacer dans la région de Québec métropolitain pour certains services qui ne sont pas disponibles dans la région de Charlevoix (gestion du sevrage avec hébergement de niveau modéré, PIRA, TAO, trajectoire partenaire avec Le Rucher et le Centre CASA).





BOURQUE, Mireille

*Évadés du trottoir*, 2002

Acrylique sur toile

Collection Vincent et moi

CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Partie 4 | Partenariat et Itinérance

Le phénomène de l’itinérance a pris énormément d’ampleur au fil du temps, non seulement sur le territoire de la Capitale-Nationale, mais partout dans la province de Québec. Ce phénomène occasionne une pression grandissante sur les services publics (RSSS, villes, réseau de l’habitation, services policiers, système judiciaire, etc.) ainsi que sur les ressources communautaires, les entreprises privées (Ex. commerçants des quartiers touchés) et les citoyens. Les problématiques qui en découlent entraînent une couverture médiatique constante et occupent une place de plus en plus importante dans l’échiquier politique.

Au-delà des problématiques sociales, l’itinérance se traduit par une très grande souffrance pour ces personnes démunies et en marge de la société. « Parmi les enjeux associés à l’itinérance de rue, il faut noter la stigmatisation, la désaffiliation sociale des personnes qui la vivent, les enjeux associés au contrôle de l’occupation de l’espace public et à la judiciarisation ainsi que la détérioration rapide de la santé physique et mentale.<sup>29</sup>

Dans le contexte de l’augmentation du phénomène de l’itinérance et considérant que cette problématique touche l’ensemble des programmes-services du CIUSSSCN, une nouvelle direction adjointe (DA) a été créée à la DSMDI, au printemps 2024. Cette décision traduit l’importance qu’accorde le CIUSSSCN au phénomène de l’itinérance. L’un des mandats confiés à cette nouvelle DA est de mettre en place une infrastructure transversale de soutien aux autres programmes clientèle de l’établissement afin de mieux répondre aux enjeux d’instabilité résidentielle.

### 1. Organisation des services en itinérance

Les services en itinérance sont largement dispensés par le milieu communautaire sur le territoire de la Capitale-Nationale. Néanmoins, la DSMDI assure le déploiement des orientations ministérielles du Plan d’action en itinérance 2021-2026 en assurant la coordination, la concertation et le financement d’une gamme de service. D’autre part, le CIUSSSCN doit travailler activement à l’adaptation de son offre de service pour s’adapter à l’évolution des populations vulnérables et mieux soutenir ses intervenants dans les situations complexes qu’ils rencontrent.

#### 1.1 Équipe de liaison en itinérance

L’équipe de liaison en itinérance vise à offrir une réponse concrète et adaptée aux besoins des personnes en situation d’itinérance ou à risque de le devenir, en soutenant notamment les partenaires et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Elle offre des services de liaison, de référence, des suivis ponctuels ou de courte durée, qui permettent un arrimage entre les personnes et les services appropriés à leur situation. Selon une approche de « reaching out », les membres de l’équipe assurent une présence constante dans la communauté afin de maintenir des liens significatifs avec les partenaires, repérer les requis de soutien et demeurer à l’affût des phénomènes émergents dans la communauté. Par leurs actions, ils tentent d’améliorer les communications et les collaborations entre le réseau de la santé et le milieu communautaire. En plus des situations qui touchent l’itinérance, l’équipe peut être interpellée pour des personnes ayant des profils atypiques, des problématiques complexes ou des troubles du comportement qui nécessitent une réponse sur mesure, hors des trajectoires habituelles. En raison de la pluralité des besoins rencontrés, l’équipe présente des champs d’intervention très variés.

---

<sup>29</sup> MSSS. (2022) L’itinérance au Québec – 2<sup>e</sup> portrait. P4



Néanmoins, leur priorité est de soutenir la réponse aux besoins de base et stabiliser les situations résidentielles avant d'envisager les références vers d'autres services.

De façon concrète, les interventions des membres de l'équipe peuvent prendre les formes suivantes :

- soutien à la réponse aux besoins de base ;
- soutien à la relocalisation et à l'intégration dans de nouveaux milieux de vie ;
- soutien-conseil à des équipes intra ou interdirections, lors de situations complexes ;
- accompagnement de la clientèle dans l'accès à divers services (rôle de médiateur, prise de rendez-vous, planification des transports, etc.) ;
- dépannage financier (paiement d'une médication ou équipement médical, frais de transport, repas/café, première épicerie pour intégrer un nouveau milieu de vie, etc.) ;
- soutien et accompagnement pour la régularisation de la situation financière (sécurité du revenu/pension de vieillesse) ;
- soutien pour le renouvellement d'une carte d'assurance-maladie ;
- accompagnements pour des rendez-vous médicaux, hospitalisations.

La coordination de l'équipe peut également soutenir les équipes de Portneuf et de Charlevoix, lorsque requis.

## 1.2 Équipe de stabilité résidentielle

Le rôle de l'équipe de stabilité résidentielle s'inscrit dans une perspective de lutte à l'itinérance. Elle poursuit deux grands objectifs soient l'accès au logement et le maintien en logement des personnes à risque d'instabilité résidentielle.

Accès au logement :

- Information sur l'accès aux différents programmes de logement subventionnés, dont les programmes de soutien au loyer (PSL) pour clientèles particulières ;
- Évaluation des situations avec les personnes concernées et leurs intervenants ;
- Identification des opportunités de logements disponibles ;
- Soutien des intervenants et des personnes dans les démarches requises ;
- Collaboration avec l'OMHQ et autres partenaires communautaires ;
- Orientation vers les milieux de vie qui correspondent le mieux aux besoins de personnes.

Maintien en logement

- Informations sur les facteurs de compromission liés à la stabilité résidentielle ;
- Évaluations conjointes des situations d'instabilité et des solutions possibles avec les intervenants impliqués ;
- Identification de mesures permettant de prévenir la perte de logements subventionnés :
  - Interventions dans les milieux de vie ;
  - Modulation de l'intensité de l'accompagnement lorsque nécessaire ;
  - Réactivation des suivis, lorsque requis.

L'équipe travaille de concert avec l'Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ), certains partenaires communautaires ainsi qu'avec les équipes de la DSMDI (SIM, SIV, CNDV) et de la Direction Jeunesse (PQJ, Aire Ouverte) afin d'intervenir en amont des passages à la rue et développer des solutions innovantes pour l'avenir.

### 1.3 Centre multiservice

En 2020, le CIUSSSCN a fait l'acquisition du 14 Côte-du-Palais dans le Vieux-Québec, bâtiment appartenant à l'Armée du Salut ainsi reconnu comme étant un milieu d'accueil adapté aux besoins des personnes les plus désaffiliées de la société. La DSMDI souhaitait saisir cette opportunité pour combler un vide de services en créant un accès différent à des services adaptés et permanents pour une population des plus vulnérables. Ce centre multiservice permettra de réunir dans un seul endroit une gamme variée de services pour des personnes atteintes de problématiques de santé mentale, de dépendance ou en situation d'itinérance.

L'offre de service proposée sera composée de services déjà existants ainsi que de nouveaux services qui seront développés en cohérence avec la visée du projet.

Relocalisation des services existants :

- équipe de suivi intensif dans le milieu- volet itinérance (SIM 6);
- équipe de traitement par agonistes opioïdes (TAO) et de bas seuil;
- programme intensif de réadaptation adulte (PIRA) en dépendance – volet hébergement
- équipe de liaison en itinérance;
- unité de gestion du sevrage avec hébergement (désintoxication modérée).

Développement de nouveaux services :

- clinique de type RAAM en dépendances (Rapid Access Addiction Medicine);
- lits d'hébergement polyvalents visant l'évaluation et la stabilisation (santé mentale, dépendances et itinérance);
- autres services communautaires (à définir);

La DSMDI souhaite que le Centre multiservice puisse bonifier les continuums de services actuels en dépendance, en santé mentale et en itinérance afin qu'ils soient plus accessibles et adaptés à une clientèle souvent en marge des services en place.

## 2. Partenariat intersectoriel et communautaire

L'un des mandats confiés à la Direction adjointe du partenariat et de l'itinérance est de mettre en place des mécanismes de collaboration qui favorisent le développer de partenariats intersectoriels forts dans la région pour les services de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. Les travaux de concertation intersectorielle et communautaire visent à offrir un filet de sécurité régional à la clientèle, en identifiant les enjeux et en positionnant clairement le rôle de chacun dans la réponse aux besoins.

Par son mandat transversal, la DSMDI souhaite soutenir l'adaptation des services du CIUSSSCN dans la réponse aux besoins des personnes en situation d'instabilité résidentielle, tout en assurant une complémentarité avec l'offre de service communautaire.

### 2.1 Soutien financier aux activités du milieu communautaire liées à la direction

Annuellement, la DSMDI octroie plus de 22 M\$ en financement à ses partenaires communautaires pour des activités cliniques qui relèvent de sa mission. En complémentarité avec le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), ces subventions sont renouvelables en fonction de l'évolution des besoins régionaux de la clientèle (santé mentale, dépendance, itinérance).

Une équipe de professionnels de la DSMDI est affectée à l'identification des priorités régionales, à la mise en place des mécanismes d'attribution ainsi qu'aux modalités de suivi et de reconduction des projets. Cette équipe a pour mandats :

- d'identifier les enjeux prioritaires de concert avec les acteurs du milieu;
- de mettre en place des processus neutres d'attribution des sommes consenties;
- d'assurer une répartition équitable des sommes octroyées en fonction des besoins des clientèles ciblées par les différents financements et des réalités territoriales;
- de documenter l'évolution des besoins à travers les interactions avec les organismes soutenus;
- d'assurer le suivi des différentes redditions de comptes découlant des enveloppes budgétaires consenties;
- de produire les redditions de comptes attendues par les instances gouvernementales.

## 2.2 Activités de concertation intersectorielles

Par les responsabilités qui lui sont dévolues par les plans d'action interministériels, la DSMDI collabore avec une multitude de partenaires intersectoriels notamment la Ville de Québec, les municipalités régionales de comté (MRC), le service de police de la Ville de Québec (SPVQ) et la Sûreté du Québec.

Divers mécanismes de concertation, de collaboration et de communication ont été mis en place au fil du temps pour adresser les enjeux régionaux en santé mentale, dépendance et itinérance. De façon non exhaustive, voici les principales :

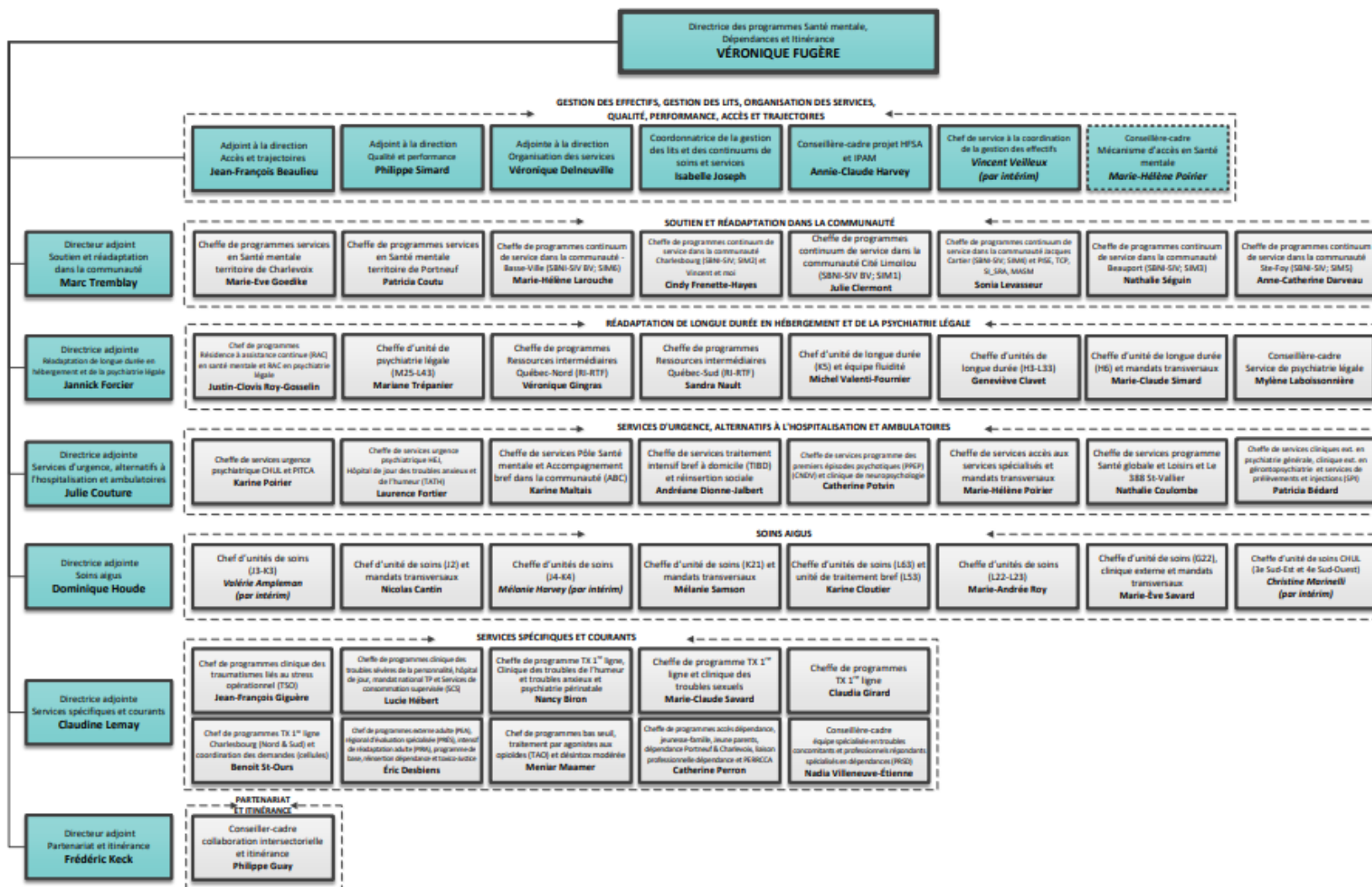
**Comité directeur en itinérance de la Capitale-Nationale** : cette instance stratégique réunit des partenaires intersectoriels de la région dans le but d'adopter une vision claire et commune des orientations et des enjeux régionaux entourant le phénomène de l'itinérance. Un des buts visés par le Comité directeur est la prévention et la réduction de l'itinérance sur le territoire de la Capitale-Nationale. Il assure la cohérence et le suivi des actions prioritaires à mettre en place, et ce, en cohérence avec les orientations du Plan d'action interministériel en itinérance et celles de la Table interministérielle en itinérance.

**Table de concertation en santé mentale** : offre un lieu de concertation et d'échange d'information entre les différents partenaires intersectoriels de la région en regard de l'offre de services en santé mentale pour la ville de Québec. La Table de concertation en SM vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services entre les partenaires du réseau public et communautaire. Cette instance favorise l'identification de pistes d'actions à mettre en place régionalement en fonction des besoins et des enjeux soulevés tout en favorisant l'interface avec d'autres problématiques associées à la santé mentale.

**Comité interne interdirection en itinérance** : cette instance qui regroupe des représentants des directions cliniques du CIUSSSCN, vise à développer dans l'établissement une offre de service transversale, accessible, fluide et intégrée pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de l'être. Elle favorise les arrimages et la coordination des services entre les directions du CIUSSSCN. Elle permet ainsi d'adresser les enjeux reliés à l'instabilité résidentielle, à cibler les orientations à privilégier et à développer une vision commune quant à la problématique de l'itinérance sur le territoire de la Capitale-Nationale.

## Annexe 1 - Organigramme de la DSMDI

### DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE, DÉPENDANCES ET ITINÉRAIRANCE



Mise à jour : octobre 2024

## Annexe 2 – Liste des installations de la DSMDI

Sites	Types de services
Région de Québec	
Centre de traitement en SM 1212 Av. Chanoine-Morel, Qc.	SIM
14 Côte-du-Palais, Vieux-Québec	Centre multiservice en SM, Dépendance et Itinérance
388 St-Vallier, Québec	Centre de services ambulatoires en SM (388)
6295 Bd Lormière, Québec	Clinique TSO
Centre d'hébergement Christ-Roi/CLSC Rivières 900 Bd Hamel, Québec	Services spécifiques en SM, Pôle-Santé mentale
Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ) 2525 Chem.de la Canardière, Qc.	Services externes spécialisés en dépendance, Unité de gestion du sevrage modéré, Programme PEP, Équipe spécialisée en TC, Services spécifiques en SM dont l'équipe dédiée aux 18-25 ans, CT Faubourg St-Jean, Équipe de liaison-itinérance, Infirmières répondantes en psychiatrie (MEL)
Centre de traitement et de réadaptation de Nemours 905 Rue de Nemours, Québec	Suivis cliniques RI-RTF, Réinsertion sociale en SM, PISE, TCP-TMG, ABC
Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du CHU de Québec 2705 Bd Laurier, Québec	Urgence psychiatrique, Unités d'hospitalisation psychiatrique, Cliniques externes en psychiatrie, TIBD, PRSM, Liaison en dépendance, Consultation-liaison SM
CLSC de L'Ancienne-Lorette 1320, rue Saint-Paul, L'Ancienne-Lorette (Québec)	SBNI, SIV, Services spécifiques en SM
CLSC de la Basse-Ville 50 Rue Saint-Joseph Est, Québec	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC de la Haute-Ville 55 Chemin Sainte-Foy, Québec	Infirmière répondante en psychiatrie, TAO de proximité
CLSC Limoilou 1405 Chem. de la Canardière, Qc.	Services spécifiques en SM
CLSC La Source Nord 791 Rue de Sherwood, Québec	Services spécifiques en SM
CLSC La Source Sud 190 76e Rue E, Québec	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI
CLSC Sainte-Foy - Sillery 3108 Chem. Ste-Foy, Québec	Services spécifiques en SM, Équipe de coordination des demandes des services spécifiques
Cour municipale de Québec 245 Rue du Pont, Québec	IMPAC
Hôpital Chauveau - CLSC Jacques-Cartier (Loretteville) 11999 Rue de l'Hôpital, Québec	Services spécifiques en SM, SBNI, SIV

Sites	Types de services
<b>Région de Québec</b>	
Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) du CHU de Québec, 1401 18e Rue, Québec	Urgence psychiatrique, Liaison dépendance, Consultation-liaison SM
Hôpital Sainte-Anne-De-Beaupré - CLSC Beaupré 11000 Rue des Montagnards, Beaupré	Services spécifiques en SM
Hôpital St-François d'Assise du CHU de Québec 10 Rue de l'Espinay, Québec	Consultation-liaison SM
Iberville 3, 2960 boul. Laurier, Qc.	Clinique PITCA
Institut universitaire en santé mentale de Québec 2601 Chem. de la Canardière, Québec	Unités d'hospitalisation psychiatrique, Unités de réadaptation et d'hébergement, RAC, Cliniques externes, SPI, Vincent et moi, hôpitaux de jour TA-TH, Clinique troubles sexuels, Programme santé globale, SBNI, SIV, SIM, TIBD, Psychiatrie légale, Clinique spécialisée TA-TH, Clinique de psychiatrie périnatale, Administration DSMDI
Palais de justice de Québec 300 Bd Jean-Lesage, Québec	PAJ-SM
SCS L'interzone 60 Rue Saint-Vallier Est, Québec	Services de consommation supervisée
<b>Charlevoix</b>	
CLSC Baie-Saint-Paul 10 Rue Boivin, Baie-Saint-Paul	Services spécifiques en SM, SIF, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC La Malbaie 535 Bd de Comporté, La Malbaie	Services spécifiques en SM, SIF, Services externes spécialisés en dépendance
Hôpital Baie-Saint-Paul 88 Rue Racine, Baie-Saint-Paul	Unité d'hospitalisation psychiatrique, Clinique spécialisée, Clinique externe
Hôpital La Malbaie 303 Rue St Étienne, La Malbaie	Clinique spécialisée, Clinique externe
<b>Portneuf</b>	
CLSC Donnacona 400 138 Rte, Donnacona	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, services externes spécialisés en dépendance, Infirmière répondante en psychiatrie, Suivis cliniques RI-RTF
CLSC St-Marc-des-Carières 1045 Boul. Bona-Dussault, Saint- Marc-des-Carières	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, Services externes spécialisés en dépendance
CLSC Pont-Rouge 3 Rue du Jardin, Pont-Rouge	Services spécifiques en SM, SIV, SBNI, Services psychosociaux SQ,
Hôpital de Portneuf- CLSC Saint- Raymond 700 Rue St Cyrille, Saint-Raymond	Équipe de crise SM, Services spécifiques en SM, SBNI, SIV, Services externes spécialisés en dépendance

